DE

L'IRITIS SYPHILITIQUE.

DE

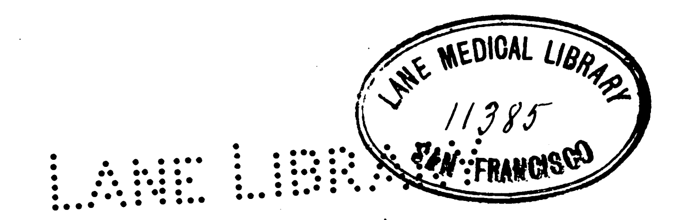
L'IRITIS SYPHILITIQUE

PAR



EUGÈNE CARPENTIER

DOCTEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES.





BRUXELLES

GUSTAVE MAYOLEZ, Libraire de la Faculté de Médecine

rue de l'Impératrice, 13.

—

1871

LANE LIBRARY

ERRATA.

Page 8, ligne 1, au lieu de *disons-nous*, lisez *dirons-nous*.
» 22, » 21, au lieu de *diversions*, lisez *divisions*.
» 26, » 30, au lieu de *se reposent*, lisez *reposent*.
» 29, » 30, au lieu de *spécificité*, lisez *d'infection*.
» 36, » 17, au lieu de *y provoqueront*, lisez *y provoquera*.
» 50, » 6, au lieu de *forts*, lisez *fort*.
» 56, » 33, au lieu de *explique*, lisez *expliquent*.
» 128, » 10, au lieu de *j'avertissai*, lisez *j'avertis*.

Notre but est moins de faire une œuvre ophthalmologique que d'établir, à propos de l'une des plus intéressantes manifestations de la syphilis, que cette diathèse n'est pas le chaos pathologique que l'on a bien voulu en faire. S'il est une branche de la pathologie sur laquelle on a beaucoup écrit et peut-être plus discuté encore, c'est à coup sûr la syphilis, mais bien plus certainement ce n'est point la lumière qui a jailli de tous ces efforts de l'esprit; témoin les nombreuses théories qui se sont succédées et qui, pour la plupart, reposant sur des idées préconçues ou des systèmes erronés, reproduisaient d'anciennes erreurs et en engendraient parfois de nouvelles.

Ce n'est pas le lieu, dans le cadre restreint de ce travail, d'en rechercher les causes multiples; nous ne pouvons que constater le résultat tout en réagissant contre lui.

Or, ce résultat, à part quelques exceptions, c'est la négation de l'esprit d'observation rigoureuse, loyale,

dirons-nous, qui dans la science et spécialement en pathologie doit faire la base de toute conclusion.

Si donc les nôtres diffèrent de celles qui la plupart du temps ont été avancées, qu'on n'en recherche point d'autre motif; nous appuyant dans toute sa simplicité sur l'observation naturelle des phénomènes physiques, nous affirmons que la syphilis n'est pas plus le protée pathologique que Fallope a inventé que toute autre affection du cadre nosologique. C'est à la démonstration de cette vérité que les leçons du professeur de Bruxelles, M. Thiry, ont toujours tendu; c'est à ces leçons que nous avons puisé les notions que nous défendons aujourd'hui.

Nous terminerons ces quelques mots de préambule par ces paroles véridiques de Ricord: « La syphilis, que l'on accuse bien à tort d'être vagabonde, est au contraire de toutes les affections du cadre nosologique la plus régulière et la plus méthodique dans son développement. Rien dans son empire n'est livré au hasard; elle ne connaît point l'anarchie. »

CHAPITRE I.

Introduction à l'étude de l'iritis syphilitique.

Parmi les nombreuses affections qui peuvent atteindre l'organe de la vue, l'une des plus graves est sans contredit l'inflammation de l'iris, car même dans les cas les plus heureux et alors que l'iritis est traitée au début, elle peut encore laisser des traces indélébiles et des troubles plus ou moins sérieux dans la vision.

Si l'on considère en même temps que cette affection s'observe fréquemment, on a lieu de s'étonner que jusqu'au commencement de ce siècle, les travaux des ophthalmologistes en fassent à peine mention.

Par contre, de nombreux écrits sur la matière ayant depuis cette époque vivement excité l'attention, on s'est demandé si l'iritis, n'ayant pas été décrite par les anciens, mais occupant une large place dans les travaux modernes, n'était pas actuellement une maladie beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'était autrefois. C'est une erreur dans laquelle on serait exposé à tomber, si l'on ne réfléchissait à la manière dont les anciens divisaient les affections oculaires. Pour eux, en effet, ces phlegmasies ne comprenaient que deux classes, les ophthalmies internes ou inflammations comprenant les

parties contenues dans l'enveloppe, et les ophthalmies externes ou inflammations des annexes Il n'est pas étonnant qu'avec une semblable division, l'iritis semble n'avoir pas été décrite, les auteurs l'ayant englobée dans l'ophthalmie qu'ils appelaient interne (1).

Le premier écrivain qui signala l'iritis à l'attention des ophthalmologistes, est Schmidt, de Vienne, dans un travail qu'il publia en 1801. Encore ne la considéra-t-il que comme suite de l'opération de la cataracte; mais il lui donna cependant le nom d'iritis (2).

Parmi les auteurs français, ce n'est guère que dans une dissertation soutenue en 1814, à la faculté de médecine de Paris, par M. Edwards, de la Jamaïque, qu'on en trouve les premières traces (3). En 1823, M. Gillet (de Grammont) soutint une thèse sur cette maladie.

En Allemagne et en Angleterre, l'iritis était connue depuis un peu plus longtemps. Après Schmidt, Beer, Travers, Saunders, Wardrop, l'avaient déjà étudiée. C'est donc aux savants allemands et anglais qu'appartient l'honneur d'avoir observé et décrit avec soin une maladie si grave dans la plupart des cas, et c'est à leurs travaux qu'est emprunté l'article Iritis du grand *Dictionnaire des Sciences médicales* de Panckoucke et signé Guillié (4).

Tel est en résumé l'historique des premières notions qui parurent dans la science sur l'iritis. Les observa-

(1) Velpeau, *Gazette des hôpitaux*, 1845, n° 55 et suivants.

(2) *Uber nachstaar und Iritis nachstaar operationen*. Vienne, 1801.

(3) *Dissertation sur l'inflammation de l'Iris et la cataracte noire*, par Edwards, de la Jamaïque; Didot, Paris 1815.

(4) Carron du Villards, *Maladies des yeux*, t. II, p. 148.

tions et les études des ophthalmologistes ont, depuis lors, placé l'iritis dans le cadre nosologique des affections oculaires, à la place qui lui est due par sa gravité et sa fréquence.

Mais, par une sorte de réaction, à mesure que l'attention du monde savant se fixait sur la phlegmasie iridienne et que celle-ci sortait de l'oubli où elle avait été laissée, des divisions nombreuses, que l'on établit dans l'iritis, menacèrent de faire tomber cette question scientifique d'un écueil dans l'autre : d'un côté, la confusion complète des maladies des yeux par les anciens, de l'autre, des divisions poussées à l'extrême par les modernes. C'est ainsi que l'on établit des variétés d'iritis antérieure, postérieure, parenchymateuse, rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse, arthritique, syphilitique, pseudo-syphilitique, mercurielle, etc., et de plus quelques-unes de ces variétés se trouvant parfois entremêlées et compliquées les unes par les autres, on en était arrivé à créer plus de trente variétés d'iritis (1).

De semblables divisions étaient au moins superflues; disons-le, elles étaient nuisibles, car elles n'avaient d'autre résultat que de compliquer la question au lieu de la simplifier.

Mais si, procédant pour les phlegmasies iridiennes comme pour toute maladie en général, nous ne tenons compte, pour décider de leur nature, que des causes productrices et des altérations qui les constituent, si en d'autres termes, nous nous basons sur l'étiologie et sur l'anatomie pathologique, nous arrivons à une classification éminemment pratique et susceptible, croyons-

(1) Velpeau, *Gazette des hôpitaux*, 1845.

nous, de satisfaire en même temps aux exigences scientifiques.

D'après cette base, nous admettrons les trois classes d'iritis suivantes (1) :

1° *L'iritis simple*, produite par tous les agents irritants simples, c'est-à-dire, les agents qui, quelles que soient leur nature, leur forme, leur manière d'agir et leur puissance, se bornent à irriter les tissus en y surexcitant la sensibilité nerveuse, et en y provoquant une accumulation de sang plus ou moins abondante ; en d'autres termes, en y provoquant les phénomènes ordinaires de l'inflammation.

2° *L'iritis spéciale* qui, produite par une cause ordinaire, subira dans son développement, sa marche, sa durée, sa terminaison, l'influence plus ou moins marquée d'un état dyscrasique préalable ; c'est-à-dire, ne se différenciant pas de toute autre iritis en dehors de la constitution du sujet.

3° *L'iritis spécifique,* conséquence immédiate d'une diathèse possédant une matière élémentaire ou essence spécifique, renfermée tout entière dans la cause productrice toujours la même et sans analogue ; tandis que les altérations pathologiques qui résultent de cette cause, sont en rapport direct avec elle et la reproduisent dans ce qu'elle a d'essentiel et d'exceptionnel.

Cet exposé de classification de l'iritis nous était nécessaire pour préciser plus tard ce que l'on doit entendre par l'iritis syphilitique, car l'on a souvent confondu sous ce nom des iritis dépourvues de toute spécificité.

Le nombre des phlegmasies spécifiques de l'iris n'est pas considérable; si nous en exceptons le cancer, la

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 190, 1re partie, p. 21.

seule affection diathésique et spécifique susceptible de se manifester dans l'iris, et nécessitant pour guérir un traitement spécifique, est la syphilis constitutionnelle. Toute autre variété de phlegmasie iridienne doit être rangée d'après la classification que nous avons adoptée, parmi les iritis simples ou spéciales.

Or, l'iritis syphilitique reproduit fidèlement les caractères attachés à l'iritis spécifique dans la définition précédente, et c'est à la démonstration de cette proposition que nous nous attacherons dans le cours de ce travail.

Quelques explications nous semblent encore nécessaires au sujet du plan que nous avons suivi.

Plus que toute autre espèce d'iritis, la variété syphilitique a longtemps été inconnue, et à peine en trouve-t-on des traces dans le *Grand Dictionnaire des Sciences médicales* de Panckoucke. En 1820, un médecin allemand, Muller, y consacra quelques pages dans un recueil qui n'a eu que quelques mois d'existence (1). Depuis le concours ouvert par la *Société médico-pratique* de Paris, plusieurs thèses ont été soutenues sur ce sujet, et enfin la plupart des syphilographes et ophthalmologistes modernes s'en sont plus ou moins longuement occupés.

Or, lorsqu'on parcourt les écrits de ces auteurs, on y voit que plusieurs d'entre eux enseignent qu'il n'existe pas de symptômes particuliers à l'iritis syphilitique et que pour reconnaître sa nature, il faut recourir à l'existence concomitante des autres manifestations diathésiques (2). Par contre, d'autres ophthalmologis-

(1) Guillié, *Bibliothèque ophthalmique*.

(2) Nous citerons entre autres : Desmarres, *Traité des maladies des yeux*; Velpeau, *Gazette des Hôpitaux*, 1845; Fano, *Maladies des yeux*.

tes (1) lui assignent des symptômes caractéristiques consistant spécialement en productions pathologiques qui apparaissent souvent dans le parenchyme iridien sous l'influence de la diathèse; mais aucun n'ayant recherché la nature intime, spécifique de ces lésions, il en résulte dans leur manière de voir une divergence d'opinions qui s'explique très-bien par ce fait que celles-ci reposent plutôt sur des hypothèses, sur des analogies, que sur une vraie déduction scientifique.

En résumé, il nous est permis de dire que l'iritis syphilitique n'a pas été étudiée d'une manière satisfaisante comme manifestation de la syphilis.

Il n'est pas difficile d'en découvrir la cause. Comment apprécier, définir les effets de la diathèse si on ne la définit pas elle-même d'une manière conforme à l'observation des faits, et par conséquent exacte? Protée insaisissable, a-t-on dit, elle revêt toutes les formes, se dissimule de toute manière, se métamorphose à l'infini. Devant une semblable croyance, est-il étonnant que tout ce qui se rattache à la syphilis lui emprunte la confusion qui règne encore dans cette branche de la science (2)?

Avant d'aborder l'étude de l'iritis syphilitique, il est

(1) Beer, Sichel, Carron du Villards, Ricord, Mackenzie, Virchow. Des extraits de leurs ouvrages sont cités au chapitre IV.

(2) Le nom de *Protée pathologique* lui fut donné par Fallope, qui avait admis qu'elle pouvait se montrer tantôt sous la forme d'un écoulement uréthral, tantôt sous celle d'un ulcère ou d'un bubon, bornant à l'une de ces manifestations son action sur l'économie, et que d'autrefois elle débutait par l'un de ces symptômes et envahissait ensuite tout l'organisme. (Ricord, *Leçons sur le chancre*, rédigées et publiées par A Fournier, p. 333.)

donc indispensable d'exposer la question de la syphilis constitutionnelle dans ce qui la rattache à notre sujet et peut lui être utile. Il nous suffira à cet effet de recourir aux principes dont nous avons si souvent vérifié l'exactitude à l'hôpital St-Pierre, et ce point important élucidé, il nous sera facile d'en faire l'application et de montrer que les phénomènes constatés dans les observations annexées à ce travail, se déduisent parfaitement des lois scientifiques énoncées sur la nature de la syphilis.

L'étude de la manifestation de cette diathèse dans l'iris comprenant pour ainsi dire l'ensemble de la phlegmasie iridienne, il nous a semblé nécessaire de donner quelques notions anatomiques et physiologiques dont l'utilité est incontestable pour l'intelligence de toute affection du diaphragme iridien. C'est ce qui fera le sujet du chapitre suivant.

CHAPITRE II.

Anatomie de l'iris.

La partie la plus antérieure de la choroïde, formant le muscle et les procès ciliaires, est appliquée à la sclérotique au niveau du point de jonction de cette membrane avec la cornée. En ce point, la choroïde abandonne les enveloppes externes du globe de l'œil, se modifie et forme une bandelette d'une largeur variable qui est *l'Iris*.

L'iris constitue une sorte de diaphragme mobile, en forme de disque arrondi, séparant le segment de sphère formé par la cornée du segment formé par la sclérotique. De plus, l'iris divise l'espace situé entre la cornée et le cristallin en deux portions inégales, ou *chambres de l'œil, l'une antérieure, l'autre postérieure,* celle-ci existant à peine, car l'iris repose presque complétement sur la face antérieure du cristallin. Les chambres de l'œil sont remplies par un liquide, *l'humeur aqueuse,* entièrement diaphane, d'un poids spécifique de 1005, renfermant une quantité minime d'albumine et de chlorate de soude (Wecker).

L'iris est percé d'une ouverture circulaire, la pupille, qui, en se rétrécissant ou en se dilatant, laisse passer

dans l'œil une quantité plus ou moins considérable de rayons lumineux.

Il résulte d'observations faites au sujet de sa situation que la pupille n'est pas centrale, mais qu'elle est déviée un peu vers l'angle interne de l'œil. Elle paraît noire au grand jour et rouge lorsqu'on projette une lumière dans le fond de l'œil avec l'ophthalmoscope.

La couleur de l'iris, généralement d'un gris bleuâtre, est sujette à une infinité de variations dans sa nuance, mais celle-ci est le plus souvent en rapport avec celle des cheveux.

Le diamètre de l'iris est d'environ treize millimètres. Cette membrane a une épaisseur d'un cinquième de ligne au milieu de l'espace compris entre la pupille et sa circonférence externe, elle devient plus mince en dehors et en dedans.

L'étude anatomique de l'iris comprend une face antérieure, une face postérieure, un bord interne ou petite circonférence et un bord externe, grande circonférence.

La face antérieure de l'iris est libre et forme la paroi postérieure de la chambre antérieure. Elle offre, comme nous venons de le voir, des variétés de couleur subordonnées à la quantité plus ou moins considérable de pigment dont la teinte se combine avec la blancheur du tissu propre de l'iris. En général, il existe deux zônes de couleur différente, l'une entourant la pupille, d'un millimètre environ de large, que l'on peut appeler *petit cercle* ou anneau coloré interne de l'iris; l'autre qui s'étend des limites de la précédente à la grande circonférence, de trois à quatre millimètres de large et qui est le *grand cercle* ou anneau coloré externe. La première a une couleur plus foncée que la seconde dans les yeux bleus; plus claire au contraire dans les yeux bruns. Ces

deux zônes sont parfois séparées l'une de l'autre par des arcades à convexité tournées vers la pupille (Sappey).

Indépendamment de la coloration propre aux deux cercles de l'iris, cette membrane présente parfois à l'état sain des tâches d'une coloration plus foncée, due à une accumulation de pigment, et qu'il faut se garder de confondre avec les produits pathologiques si fréquents à la face antérieure du diaphragme iridien.

La face postérieure de l'iris est tournée vers le cristallin et les bords antérieurs des procès ciliaires et forme la paroi antérieure de la chambre postérieure. Elle est recouverte d'une couche épaisse de pigment, l'uvée. Si l'on enlève ce pigment, on aperçoit les fibres rayonnées de l'iris.

La petite circonférence ou bord interne circonscrit la pupille, elle est extrêmement mince et d'une coloration noire due à la présence d'une couche épaisse de pigment. Elle offre de très-petites saillies qui lui donnent un aspect crénelé.

La grande circonférence ou bord externe est la plus importante, car c'est par son intermédiaire que s'établit l'union de l'iris avec la coque oculaire au niveau du point de jonction de la sclérotique et de la cornée, dans l'espace compris entre les procès ciliaires et le muscle ciliaire. Les moyens d'union sont assez nombreux; en effet l'iris est d'abord fixé par les fibrilles qui terminent la membrane de Descemet et dont quelques-unes se réfléchissent sur l'iris même pour se confondre avec sa face antérieure. Ce sont ces fibrilles que Bowman nomme les piliers de l'iris, et comme une partie des fibrilles élastiques de la membrane de Descemet sert aussi d'insertion au muscle ciliaire, il en résulte une connexion intime entre ce dernier muscle et l'iris. En

second lieu, la couche d'épithelium pavimenteux de la membrane de Descemet se continue sur la face antérieure de l'iris. Mais l'union de cette membrane avec le corps ciliaire s'effectue essentiellement par le moyen des vaisseaux et des nerfs qui se répandent en grand nombre dans l'iris, et sur lesquels nous reviendrons.

Ces différentes connexions, quoique nombreuses, sont peu solides; de là possibilité de détacher la circonférence de l'iris du ligament ciliaire, circonstance qu'on a utilisée pour l'opération de la pupille artificielle par décollement.

Structure de l'Iris. — On distingue dans l'iris différents éléments histologiques que l'on a divisés en trois couches distinctes :

1o *Une première couche* formée par les cellules épithéliales de la membrane de Descemet (1) qui se portent sur la face antérieure de l'iris, et peuvent être distinguées d'après J. Arnold jusqu'au bord pupillaire sous la forme de cellules hexagonales allongées. Quelques-unes des fibrilles par lesquelles se terminent la membrane de Descemet se réfléchissent aussi sur l'iris, sans toutefois gagner la petite circonférence.

2o *Une seconde couche* qui se compose de fibres propres, de vaisseaux et de nerfs formant le parenchyme de l'iris.

Les fibres propres de l'Iris constituent les éléments les plus importants de cette membrane, au point de vue de ses fonctions. Elles sont de deux ordres, c'est-à-dire ont deux directions différentes : les unes sont rayonnées, les autres circulaires.

Les fibres rayonnées naissent du pourtour de l'inser-

(1) Arnold, *Archid. f. patholog. Anatomie*: Bd. XXVII, s. 365.

tion de la cornée, au sillon de la sclérotique, par des origines plus ou moins longues et dentelées dont l'ensemble a été désigné sous le nom de ligament pectiné de l'iris. Elles se portent de la grande à la petite circonférence; là elles se réfléchissent en formant des anses à convexité tournée vers la pupille, et se portent de bas en haut pour revenir à leur point d'origine. Il résulte de cette disposition qu'il y a un plan de fibres rayonnantes à la face antérieure, un autre plan de fibres semblables à la face postérieure de l'iris.

Les fibres circulaires sont disposées autour de la pupille et s'étendent du pourtour de cette ouverture au petit cercle de l'iris ou anneau coloré interne ; moins nombreuses que les fibres rayonnées, elles sont recouvertes sur les deux faces de l'iris par les fibres rayonnées qui les croisent à angle droit. Ces fibres constituant le sphincter de l'iris, sont surtout rapprochées de la face postérieure de cette membrane, et forment un cercle assez épais, de $0^{mm}5$ de largeur. Les éléments qui le constituent ont entre eux une cohésion intime ; néanmoins on les sépare assez facilement à l'aide des réactifs ordinaires. D'après Kolliker, qui l'a décrit pour la première fois, on trouve quelquefois en dehors de ce cercle et plus près de la face antérieure, un second cercle beaucoup moins fort (Wecker).

Nature des fibres de l'Iris. — Les mouvements de dilatation et de resserrement de la pupille prouvent que le tissu même de l'iris présente des alternatives de raccourcissement et d'allongement. Or, à quel élément anatomique l'iris doit-il ces propriétés ?

Différentes opinions ont été émises à ce sujet. Ainsi on a dit : 1° que l'iris était un organe érectile et devait

ses mouvements à une congestion sanguine (1) ; 2° que le tissu de l'iris doit être assimilé au tissu cellulaire contractile, se fondant sur les investigations de micrographes qui auraient démontré l'absence dans l'iris de fibres musculaires et la présence de fibrilles de tissu cellulaire ; 3° Blumenbach a prétendu que le tissu contractile de l'iris est un tissu spécial, hypothèse qui ne repose sur aucun fait probant.

De nos jours, on est revenu à l'idée déjà soutenue par Ruysch, Janin, Maunoir, Home, Bauer, Winslott, à savoir que l'iris renferme des éléments musculaires. Cette opinion est maintenant définitivement établie, et l'on s'accorde à regarder les fibres de l'iris comme des fibres musculaires non striées quoique non identiques avec elles (Bowman), plus blanches que les fibres du tissu cellulaire très-déliées et très-onduleuses qui les accompagnent, raides, souvent plates. Elles ont une épaisseur de 1/130 à 1/120 de ligne ; elles forment des plexus et se disposent en faisceaux, les uns rayonnés, les autres circulaires (Huschkc).

Les fascicules de fibres musculaires des deux muscles de l'iris sont réunis par des vaisseaux et par un tissu conjonctif semblable à celui de la choroïde. Ce tissu siége au voisinage des vaisseaux, ou bien forme des faisceaux légèrement onduleux qui courent de la petite à la grande circonférence de l'iris, ou encore affectent entre elles une direction circulaire. Les corpuscules fusiformes ou pourvus de prolongements anastomosés que renferme le tissu cellulaire de l'iris, contiennent plus ou moins de pigment selon que l'iris est

(1) Fabrice d'Aquapendente, Méry, Sœmmering, Prochaska, Langenbeck, etc.

plus ou moins coloré. Ils peuvent n'en pas contenir du tout.

Vaisseaux sanguins de l'Iris. — *Les artères* de l'iris sont fournies par *les artères ciliaires postérieures longues* et *les artères ciliaires antérieures.*

Les artères ciliaires postérieures longues proviennent du tronc de l'artère ophthalmique. Au nombre de deux, elles traversent la sclérotique, à environ quatre ou cinq millimètres de l'entrée du nerf optique; elles se dirigent en avant, l'une au côté interne, l'autre au côté externe, entre la sclérotique et la choroïde, répondant dans ce trajet à un plan qui diviserait le globe en une moitié supérieure et une moitié inférieure. L'artère externe est sur un plan un peu plus élevé que l'artère interne. Près du muscle ciliaire, à une distance de la circonférence de la cornée qui varie de 4 à 7 millimètres, elles se bifurquent ; l'une des branches se dirige en haut et en avant, l'autre en bas et en avant. De ces bifurcations se détachent un nombre variable de branches qui se dirigent vers le bord antérieur du ligament ciliaire. Là se forment de nouvelles diversions, dont les unes se distribuent à l'iris, pendant que les autres s'anastomosent entre elles en formant un cercle artériel situé dans l'épaisseur du bord antérieur du ligament ciliaire, immédiatement en dehors de la grande circonférence de l'iris, que l'on appelle *le grand cercle artériel;* ce cercle est complété par des rameaux provenant des artères ciliaires antérieures.

De la périphérie de ce cercle, partent 15 à 20 rameaux ondulés qui pénètrent dans l'épaisseur de l'iris et se portent en rayonnant vers la pupille en distribuant leurs ramifications au tissu propre du diaphragme oculaire. Près du petit cercle de l'iris, c'est-à-

dire au niveau de la limite des fibres circulaires, ils se réunissent de nouveau par des anastomoses en arcades, et forment ainsi un réseau circulaire appelé *petit cercle artériel de l'iris*. Ce cercle donne naissance aux ramuscules les plus ténus, qui se rendent parallèlement vers le bord pupillaire où ils se recourbent et se continuent avec les veines.

Les artères ciliaires antérieures sont des ramuscules des branches musculaires des artères ophthalmiques. Elles sont très variables en nombre et en calibre. Elles se portent vers la circonférence de la cornée, à une petite distance de laquelle elles se divisent en deux ou trois branches qui traversent perpendiculairement la sclérotique et pénètrent dans le ligament ciliaire auquel elles envoient quelques ramuscules, puis se comportent comme les divisions des artères ciliaires longues pour contribuer à former le grand cercle artériel de l'iris.

Les veines de l'iris sont très-nombreuses. Elles vont du bord pupillaire vers la grande circonférence de l'iris et se rendent en partie directement aux veines étoilées (vasa vorticosa de la choroïde); en partie elles constituent les veines ciliaires postérieures longues qui accompagnent les artères de ce nom; les autres se jettent dans un petit sinus, le canal de Schlemm, situé dans le sillon creusé à l'union de la sclérotique avec la cornée, et appliqué comme un anneau sur le pourtour de l'iris. La paroi inférieure de ce sinus présente un grand nombre d'ouvertures qui répondent aux points où les veines de l'iris s'y abouchent. De la paroi interne du cercle veineux naissent un grand nombre de radicules, qui traversent la sclérotique et forment sur la partie antérieure de cette membrane, tout autour de la cornée, un réseau. De celui-ci naissent les *veines ciliaires antérieures*

qui s'anastomosent avec les veines musculaires et se jettent dans la veine ophthalmique.

Il résulte de cette disposition qu'il existe à la partie antérieure de la sclérotique autour de la cornée, un double réseau vasculaire formé par les divisions des artères ciliaires antérieures et par les branches d'origine des veines ciliaires antérieures. C'est ce réseau qui s'injecte dans les maladies de l'iris et de la cornée, et qui constitue le cercle vasculaire péricornéal. Lorsqu'on l'étudie dans ces affections, on reconnaît que les divisions artérielles, caractérisées par les troncs de couleur carmin, sont placées sur un plan plus superficiel que les divisions veineuses, reconnaissables à la couleur lie de vin.

Une particularité remarquable du mode de vascularisation de l'iris, dit Wecker, c'est sa pauvreté en capillaires, opposée au nombre considérable d'artères et de veines qu'il contient. Ce contraste si frappant semble, d'après lui, en rapport avec les nombreux mouvements que l'iris doit constamment exécuter sans accélérer ni ralentir sa circulation.

Les nerfs de l'iris sont nombreux comme doivent le faire supposer les fonctions et la sensibilité de cette membrane. Ils proviennent immédiatement du plexus nerveux placé dans le ligament ciliaire, et médiatement des *nerfs ciliaires*. Ceux-ci viennent à leur tour en partie du ganglion ophthalmique, en partie du nerf nasal.

Le nerf nasal, branche du nerf ophthalmique de Willis, fournit les *nerfs ciliaires longs* au nombre de deux.

Le ganglion ophthalmique donne naissance aux *nerfs ciliaires courts* qui sont au nombre de 15 ou 20. Ce

ganglion, comme on l'a vu en anatomie, est formé lui-même de trois rameaux ou racines; 1° une longue racine ou racine sensitive, fournie par le nerf nasal; 2° une courte racine ou racine motrice, provenant du nerf oculo-moteur commun; 3° une racine ganglionnaire sortant du plexus caverneux du grand sympathique.

Les nerfs ciliaires courts et longs, traversent la sclérotique près du nerf optique, envoient des ramuscules à la sclérotique et à la choroïde, s'aplatissent et se dirigent en avant entre ces deux membranes, pénètrent dans le muscle tenseur de la choroïde, où, s'anastomosant fréquemment entre eux, ils forment un plexus très-serré, dans lequel H. Muller et Krause ont constaté des cellules ganglionnaires. C'est de ce plexus que proviennent les nerfs de l'iris; ils suivent à peu près la marche des vaisseaux, forment comme eux des anastomoses en arcades et en cercles incomplets, dont l'un correspond au petit cercle, et l'autre est un peu en dehors.

Ces nerfs ciliaires se rendent au muscle contracteur et au dilatateur de la pupille, et s'y terminent d'une manière qui n'est pas encore bien connue. Les fibres se croisent et paraissent se terminer par une extrêmité libre aux fibres musculaires lisses.

Mais tous ces rameaux nerveux ne se distribuent pas indifféremment aux deux muscles de l'iris. En effet, les expériences qui ont été faites ont démontré, d'un côté, que les rameaux provenant du nerf oculo-moteur commun sont destinés aux fibres circulaires de l'iris; ce qui le prouve c'est que, d'une part, la section de ce nerf ou sa paralysie donnent lieu à la dilatation de la pupille; de l'autre, l'irritation du même nerf fait contracter la pupille.

Il résulte des mêmes expériences que les rameaux

2

provenant du grand sympathique, président à la contraction des fibres rayonnées. En effet, coupe-t-on le cordon du grand sympathique au cou, la pupille se resserre, parce qu'alors le nerf oculo-moteur commun qui agit seul, fait contracter les fibres circulaires de l'iris. Irrite-t-on le grand sympathique au cou, on détermine la dilatation de la pupille, c'est-à-dire qu'on fait contracter les fibres rayonnées.

Quant aux filets nerveux provenant de la branche ophthalmique de Willis, ils tiennent sous leur dépendance la sensibilité de l'iris et la nutrition de cette membrane à laquelle concourent aussi les filets du grand sympathique.

Il nous reste à examiner la couche postérieure de la membrane iris ou *Uvée.*

L'uvée représente un épithélium simple en partie, en partie formé de couches superposées. Elle continue la couche pigmentaire de la choroïde, et ne se propage pas seulement jusqu'au bord de la pupille, elle le dépasse et le recouvre. Elle court à la face postérieure de l'iris, à partir du fond du sillon que les procès ciliaires forment à l'insertion de cette membrane. De là cet épithélium se répand jusqu'à la pupille au voisinage de laquelle il augmente notablement d'épaisseur. Les cellules pigmentaires de cette couche, établies à la façon des pièces d'une mosaïque, sont plus petites que les cellules analogues de la choroïde, et en général si complétement remplies de pigment, que leur noyau est invisible ou difficile à apercevoir. Comme celles de la choroïde, ces cellules se reposent sur une trame de substance amorphe qui paraît rattachée, bien que par des tractus très-fins, à la lame élastique de la choroïde.

CHAPITRE III.

De la syphilis constitutionnelle.

On s'accorde généralement à donner le nom de diathèses aux maladies générales qui fournissent simultanément ou successivement des signes de leur existence sur différentes parties de l'économie, signes en tout semblables entre eux ou de même nature, et dépendant d'une seule et même cause.

Il s'ensuit que l'économie doit avoir subi une influence morbide quelconque, et que ses parties constituantes se trouvent dans une disposition telle que, sous l'action d'une cause secondaire et souvent en l'absence de toute cause sensible, elles manifestent leur manière d'être actuelle par des phénomènes en rapport avec la modification éprouvée par l'organisme dans son ensemble.

Parmi les diathèses, les unes sont innées, les autres sont acquises, et quelques-unes peuvent même reconnaître l'une et l'autre origine. Disons-le immédiatement, c'est ce qui se voit dans la syphilis que certains individus reçoivent par hérédité, que d'autres contractent par contagion.

Tous les auteurs ne rangent cependant point la syphilis parmi les affections diathésiques. Chomel exclut

la syphilis de leur nombre. Grisolle paraît admettre cette manière de voir; il objecte que la syphilis, locale à son début, ne se généralise que par l'infection consécutive de l'économie, tandis que pour lui, les véritables diathèses semblent être générales dès leur naissance. Il définit la diathèse « la répétition ou la dissémination de lésions, parfois diverses en apparence, mais identiques quant à leur nature, effectuée en vertu d'une force intérieure. »

Or, la syphilis constitutionnelle nous offre sous les attributs des affections diathésiques : manifestations diverses en apparence, mais identiques quant à leur nature; possibilité et même fréquence de récidive spontanée par l'effet d'une cause première qui n'a pas été chassée de l'organisme; enfin transmissibilité par voie d'hérédité, et dans ce cas, affection générale dès le début.

Nous rangerons donc la syphilis parmi les diathèses et nous la définirons :

« *Une affection constitutionnelle héréditaire ou acquise, dont la cause constante et fatale se trouve dans l'induration (Syphilioma) qui termine parfois le chancre; affection caractérisée par des lésions nombreuses, multiformes, mais dans lesquelles on retrouve constamment l'induration initiale qui en est le point de départ; affection enfin de nature asthénique, spécifique, et ne guérissant que sous l'influence d'un traitement spécifique dont le mercure est la base* (1).

Cause de la syphilis. — Comme nous venons de l'énoncer dans la définition précédente, la syphilis, en dehors de l'hérédité, ne reconnaît qu'une seule cause, c'est l'induration, mode de terminaison du chancre.

(1) Thiry, *Traité d'ophthalmologie*, 2e partie, p. 221.

L'induration, nous le verrons tantôt, étant toute la syphilis, c'est d'elle que nous allons nous occuper, sans cependant entrer dans des détails qui nous seraient inutiles.

Les manifestations pathologiques consécutives au chancre, sont loin d'être identiques chez tous les sujets. Ici, le chancre se borne à une action purement locale, respectant l'économie et n'entraînant à sa suite aucun accident d'infection générale, c'est tout au plus s'il étend parfois son influence jusqu'aux ganglions, qui sont les aboutissants lymphatiques de la région affectée. Là au contraire, le chancre s'accompagne fatalement, dans un laps de temps variable, d'accidents constitutionnels qui envahissent tour à tour les différents systèmes de l'organisme, la peau, les muqueuses, les viscères, les os.

Cette différence radicale dans les effets pathologiques du chancre, ne dépend évidemment que d'une seule cause, du mode de terminaison de l'entité morbide qui leur a donné naissance, c'est-à-dire du chancre lui-même.

En effet, que nous apprend constamment l'observation clinique? Là où l'action du chancre a été locale, là où il a laissé l'organisme indemne de toute manifestation générale, il s'est terminé sur place, par cicatrice nette; ou bien, par suite d'un travail réparateur trop actif, il s'est terminé par *végétations*, véritables productions plastiques, simples et locales (1). Mais, dans l'un et l'autre cas, la guérison du chancre a enlevé toute idée de spécificité; ce qui le démontre à l'évidence,

(1) Thiry, *Affections blennorrhagiques*, p. 165.

c'est l'intégrité de la constitution du sujet qui a été affecté.

Là au contraire où le chancre a été suivi, au bout d'un temps plus ou moins long, d'accidents constitutionnels caractéristiques, de syphilis enfin, le chancre s'est constamment terminé par le développement d'un néoplasme dur, spécifique, *l'induration*.

Telle est toute l'explication de la symptomatologie observée à la suite de l'apparition du chancre. La terminaison indurée aboutit fatalement à la manifestation de la syphilis, tandis que tout autre mode de terminaison atteste la guérison définitive et complète du chancre, l'anéantissement de son individualité pathologique (1).

Ce sont là des faits auxquels l'observation a maintenant donné la sanction du temps et de l'expérience. C'est à leurs contradicteurs, s'ingéniant à chercher leur explication dans des théories vagues et diffuses, que nous devons la confusion qui règne encore dans l'histoire de la syphilis constitutionnelle, tandis que comprise comme elle vient d'être exposée, elle est des plus simples et résulte de l'observation naturelle des faits.

L'induration une fois développée, le chancre cesse donc d'exister comme individualité pathologique ; l'économie jusque-là bien portante, est sous le coup de l'infection générale ; un principe toxique circule dans le sang et la syphilis existe (2).

(1) Thiry, *Affections blennorrhagiques*, p. 170.

(2) Nous citerons encore l'opinion de M. Ricord : « Lorsque l'induration s'est produite, l'infection est accomplie. Si aucun traitement spécifique n'est prescrit, si la maladie est abandonnée à elle-même, ce premier accident est nécessairement et fatalement suivi de symptômes propres à la syphilis (*Leçons sur le chancre*, p. 191).

En effet, que se passe-t-il dans ces cas? Au bout d'un laps de temps variable, souvent du quatrième au sixième septenaire, fréquemment du second au troisième mois, apparaissent dans différents points de l'organisme des altérations qui justifient parfaitement la nature diathésique de la syphilis. Très-diverses en apparence, elles sont identiques quant à leur nature, car toutes elles reproduisent le fibro-plasme spécifique qui en a été le point de départ.

La syphilis en effet, se généralise par l'absorption des éléments de l'induration (1). Constituant un élément pathologique nouveau, celle-ci va dès son apparition vicier, transformer tout l'organisme par absorption, et comme l'effet est toujours en rapport avec la cause, tous les accidents cachectiques de la syphilis constitutionnelle empruntent leurs caractères distinctifs à cette induration dont ils émanent (2), quelle que soit la forme pathologique qu'ils revêtent, quels que soient les organes où ils se développent.

C'est là un fait de la plus haute importance et sur lequel nous devons tout particulièrement insister, car toute manifestation syphilitique reproduisant l'induration vérolique initiale, le diagnostic de ces manifestations se simplifie, et par la seule mais exacte observation des phénomènes qui s'offrent à nos sens, la lumière se fait là où il ne régnait que vague et confusion.

Telles sont les connaissances qui nous étaient nécessaires avant d'aborder l'étude de cette lésion syphilitique, la manifestation de la diathèse dans le voile

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 221.
(2) Thiry, *Affections blennorrhagiques*, p. 171.

iridien. Ce qu'il nous importait d'établir, c'est que dans sa cause comme dans ses altérations, la syphilis est une et constamment identique, quels que soient les organes qu'elle affecte, les modifications qu'elle peut subir ne dépendant que des constitutions et des tissus affectés.

Nous ajouterons quelques mots encore au sujet de la nature intime de l'induration, des éléments qui la constituent. Or, le microscope, les dissections, l'analyse chimique n'ont pu en pénétrer le mystère; tout ce que l'on sait, c'est que les tissus indurés sont constitués par un élément fibro-plastique analogue à celui que forme l'économie, en dehors de toute condition de spécificité.

Qu'en conclure? C'est que la spécificité d'une maladie ne peut s'apprécier sur le cadavre, ni sous la lentille du miscroscope, ni par le réactif du chimiste, mais bien seulement par l'observation clinique (1).

Voici d'après M. Robin les éléments histologiques que l'on rencontre dans l'induration :

1o Des traces de fibres du tissu cellulaire avec quelques fibres élastiques cutanées; 2o une matière amorphe interposée à ces fibres; 3o des noyaux libres fibro-plastiques formant une partie considérable de la masse, et toujours accompagnés d'une quantité au moins égale de cytoblastions; 4o on y voit aussi un certain nombre de corps fusiformes fibro-plastiques (2).

M. le professeur Thiry a bien voulu nous communiquer aussi les détails suivants, sur l'examen microscopique de l'induration, analyse faite par M. le docteur Lenthier, alors son interne, et actuellement médecin à Solre-sur-Sambre :

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 1re partie, p. 26.
(2) Folin, *Pathologie externe*, tome 1, p. 644.

1° *Analyse microscopique du tissu induré.* — Le tissu de l'induration, vu en masse, c'est-à-dire dans la réunion intime et compacte de ses éléments anatomiques, offre des granulations moléculaires élémentaires, des noyaux, beaucoup de fibres fusiformes simples, quelques fibres assez allongées, irrégulières, d'un très-petit diamètre et ne disparaissant point sous l'action de l'acide acétique. Un des essais rendit apparentes des fibres élastiques fines, bien déterminées, des faisceaux de fibres de tissu conjonctif, mais il est probable qu'elles appartiennent à la muqueuse qui les renferme normalement. On ne rencontre que peu ou point de vaisseaux sanguins dans le tissu induré.

2° *Analyse du suc contenu dans l'induration.* — Le morceau le plus dur de la tumeur indurée est fortement pressé afin d'en exprimer le suc; celui-ci n'étant pas assez considérable, on dut le recueillir par le grattage avec le bistouri de la surface exsudante. Le liquide ainsi recueilli présente au miscroscope les éléments suivants : une partie de liquide plus ou moins abondante, une substance (granulations élémentaires) homogène, granuleuse, avec nucléoles; quelques petites gouttelettes de graisse, des noyaux solides très-peu abondants, quelques cellules irrégulières ayant la plus grande ressemblance avec les cellules épidermiques qui constituent les squames. Des fibres de noyaux et par-ci par-là des vestiges de fibres élastiques fines, parfaitement reconnaissables; on rencontre aussi quelques fibres fusiformes (tissu fibro-plastique, 2e degré d'organisation). Après la réaction de l'acide acétique on aperçoit mieux les noyaux granuleux ovoïdes dont le diamètre se rapproche de celui des globules sanguins.

Il est permis de conclure de la composition micros-

copique de l'induration, qu'elle est essentiellement constituée par du tissu fibro-plastique plus ou moins développé.

La réunion intime des éléments histologiques donne à l'induration sa dureté remarquable. Elle crie plus ou moins sous le bistouris qui l'entame et ne se laisse que très-difficilement diviser par les aiguilles à dissection. L'acide acétique ne diminue en rien cette cohésion.

FIG. 1. — *Analyse microscopique du tissu induré, 1er essai.*

a, *a'*, *a''*, représentent le tissu de l'induration vu en masse, c'est-à-dire la réunion intime et compacte de ses éléments anatomiques qui sont des granulations moléculaires élémentaires, des noyaux, beaucoup de fibres fusiformes simples, et quelques fibres assez allongées, irrégulières, d'un très petit diamètre et ne disparaissant point sous l'activité de l'acide acétique.

On y aperçoit peu ou point de vaisseaux sanguins.

FIG. 2. — *Même analyse, 2e essai.*

On aperçoit des fibres élastiques fines bien déterminées, des faisceaux de fibres de tissu conjonctif, mais il est probable qu'elles appartiennent à la muqueuse qui les renferme normalement.

FIG. 3. — *Analyse du suc contenu dans l'induration.*

Voir l'explication à la page 33.

CHAPITRE IV.

De l'iritis syphilitique.

DÉFINITION, SYMPTOMATOLOGIE.

Dans l'introduction, nous avons dit que l'iritis syphilitique n'avait pas été étudiée d'une manière satisfaisante comme manifestation de la syphilis, ses effets pathologiques ne pouvant rationnellement être appréciés si on ne la définit pas elle-même d'une manière exacte et conforme aux faits.

Or, nous avons vu qu'il est possible d'en préciser la définition; pour énoncer celle de l'iritis syphilitique nous n'avons donc qu'à nous rappeler ce que nous avons dit de la syphilis. Nous avons établi que celle-ci a pour cause le chancre terminé par induration; qu'une fois ce néoplasme développé, la syphilis existe fatalement et se généralise par l'absorption des éléments du syphilioma; enfin que les altérations qui en résultent empruntent leurs caractères à l'induration qu'elles reproduisent. Ces manifestations constituent donc des lésions anatomo-pathologiques que l'on ne pourra rencontrer

en dehors de la syphilis. Elles peuvent affecter les différents systèmes de l'organisme; se développant dans l'iris, elles donnent lieu à la variété d'iritis que l'on appelle syphilitique.

Nous pouvons donc dire « *que l'iritis syphilitique n'est qu'une manifestation de la syphilis constitutionnelle, ayant pour caractère essentiel de reproduire dans ses altérations anatomiques l'induration initiale d'où elle procède (1). Ces altérations sont donc des lésions anatomo-pathologiques sans analogues et constituent les véritables signes pathognomoniques de l'affection. De plus, nous avons vu par sa composition anatomique, par le grand nombre de vaisseaux sanguins et de nerfs qu'il renferme, quelle est la délicatesse, la sensibilité du tissu iridien et combien est grande sa prédisposition à l'inflammation. Un travail pathologique tel que celui qui va s'y passer, quand les éléments histologiques provenant de l'induration vont le pénétrer, y provoqueront donc des désordres inflammatoires plus ou moins intenses, mais en général moins accentués que ceux de l'inflammation franche de l'iris.* »

Nous distinguerons donc dans l'iritis syphilitique deux ordres de symptômes :

1° Ceux qui sont les effets immédiats de la diathèse, qui en constituent les lésions anatomo-pathologiques spécifiques, et que nous pouvons appeler les symptômes pathognomoniques.

2° Les symptômes réactionnels provoqués dans le tissu iridien par l'apparition des premiers.

Nous commencerons par l'étude du premier ordre de symptômes.

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 222.

§ 1er. *Lésions anatomo-pathologiques spécifiques ou symptômes pathognomoniques de l'iritis syphilitique.*

La plupart des auteurs se sont occupés de cette question importante; presque tous s'accordent à reconnaître que l'iritis syphilitique présente certains caractères que l'on ne rencontre pas dans les autres variétés d'iritis; nous allons voir jusqu'à quel point ils ont su les définir et quelle valeur il faut accorder à la nature qu'ils leur ont assignée.

Nous nous bornerons à citer les travaux des principaux ophthalmologistes ou syphilographes, les autres auteurs n'ayant fait que leur emprunter leur manière de voir.

Les caractères distinctifs que l'on a assignés à l'iritis syphilitique sont de trois ordres :

1o Décoloration particulière, totale ou partielle de l'iris.

2o Déformation particulière de la pupille.

3o Développement fréquent, mais non constant, dans le parenchyme iridien de petites tumeurs dont la nature a été différemment interprétée.

Nous nous occuperons d'abord de ce dernier caractère comme étant le plus important et même le seul admissible.

Un des premiers qui s'en est occupé est le professeur Beer; il décrivit de petites tumeurs auxquelles il donna le nom de *condylomes* de l'iris, et il les regarda comme caractéristiques de la variété d'iritis en question. Cette opinion fut adoptée ou modifiée comme nous allons le voir.

Sichel, dans son *Iconographie ophthalmologique*, dit,

en traitant des caractères anatomiques qu'il regarde comme symptômes pathognostiques de l'affection (1) :

« Si la phlegmasie n'est pas combattue de bonne heure par les moyens appropriés, on voit se former sur l'iris, le plus souvent sur le petit cercle, des élévations d'une teinte jaunâtre ou rougeâtre, larges de 2 à 3 millimètres et même davantage, arrondies ou ovalaires, pouvant atteindre de 1 à 2 millimètres de hauteur au-dessus du niveau de l'iris. Elles sont recouvertes à leur circonférence et quelquefois sur toute la surface, de vaisseaux sanguins injectés ayant une couleur d'un rouge tantôt clair, tantôt plus sombre, qui leur donne, dans certains cas le même aspect cuivré et tomenteux que nous avons signalé sur le petit cercle. Ces élévations que Beer a appelées condylomes, sont *des végétations vasculaires.* »

Plus loin il ajoute :

« Lorsqu'un traitement antiphlogistique et antisyphilitique approprié n'est pas opposé à la maladie, ces végétations finissent au bout de quelque temps par montrer un point jaunâtre à leur surface; le plus fréquemment vers le centre et se transforment en un véritable abcès qui, lors de sa rupture, verse son contenu dans la chambre antérieure, et constitue un hypopion pouvant la remplir en grande partie, et compromettre d'une manière durable l'intégrité de l'organe visuel. *Sous l'influence d'un traitement convenable, les végétations s'affaissent peu à peu et disparaissent par résorption.* »

Nous lisons dans Carron du Villards (2).

« Pour peu que la maladie persiste, il se forme au

(1) Page 121. Nous donnons à la fin de l'ouvrage l'analyse de deux observations remarquables rapportées par Sichel.

(2) *Maladies des yeux*, tome II, p. 534.

rebord de la pupille un bourrelet qui fait saillie et qui est produit par un épanchement dans le tissu même de l'iris. Cet état est presque toujours compliqué d'une secrétion de lymphe qui se place dans l'espace pupillaire et qui gêne plus ou moins la vision. Si les moyens employés pour combattre l'iritis syphilitique ne sont pas suffisants, il ne tarde pas à se former au rebord libre de l'iris et dans l'espace pupillaire, de petites élévations frangées, digitées, que Muller nomme Crista-Galli, et que le professeur Beer considère comme de véritables condylomes. J'en ai vu réunis en grappe comme des choux-fleurs, qui, refoulant l'iris en avant, le mettaient en contact avec la cornée. Quelquefois ils jettent l'iris de côté, le détachent de la zonule ciliaire et font irruption dans la chambre postérieure où ils exercent des ravages notables. Quand ils se jettent de côté, ils amincissent la sclérotique et la font bomber au dehors. On observe souvent sur la surface de l'iris des kystes purulents qui se rompent et forment alors un faux hypopion. »

Mackenzie dit ce qui suit (1) :

« Quant aux condylomes décrits par Beer comme caractéristiques de cette maladie, ce sont réellement de petits tubercules, des pustules ou de petits abcès qui ne se rencontrent que très-rarement dans les cas qui ne sont pas syphilitiques, et qui sont généralement accompagnés ou précédés d'une éruption syphilitique sur le reste du corps. Ils sont d'abord d'une couleur brun-rougeâtre, leur surface est un peu irrégulière, paraît recouverte d'une quantité innombrable de petits vaisseaux rouges lorsqu'on l'examine à travers une forte

(1) *Traité pratique des maladies des yeux*, tome II, p. 18.

lentille. Plus tard ils prennent une teinte jaunâtre, font saillie à la surface de l'iris, et s'accroissent quelquefois au point de toucher presque la cornée, etc. Ces tubercules peuvent se former sur tous les points de l'iris, contre la pupille, près du bord ciliaire, ou dans l'espace intermédiaire à ces deux points. *Leur existence doit faire naître de suite la pensée qu'il s'agit d'une iritis syphilitique.*

Ricord s'exprime en ces termes (1) :

« Avec l'iritis syphilitique accompagnée de syphilides papuleuses, se trouve très-souvent un développement des vaisseaux iridiens, qui simule quelquefois des végétations que Beer a comparées aux végétations condylomateuses : mais ordinairement on observe sur l'iris de véritables papules plus ou moins saillantes, de la grosseur d'un grain de millet au plus et de couleur rouge cuivré, aussi analogues que possible à celles qui existent sur la peau. Lorsque l'iritis survient en même temps qu'une syphilide vésiculeuse ou vésiculo-pustuleuse, dans ce qu'on pourrait appeler syphilides suppurées, avec des conditions pyogéniques enfin, ce ne sont plus de simples papules que l'on rencontre sur l'iris, mais ce sont de véritables vésicules, des vésico-pustules, et l'on pourrait même dire de petites pustules ecthymateuses, que quelques ophthalmologistes ont considérées comme des abcès de l'iris. »

Enfin nous citerons encore Virchow qui, dans son traité de la syphilis constitutionnelle, s'exprime ainsi au chapitre des affections syphilitiques de l'iris (2) ;

« Existe-t-il une iritis gommeuse ? Personne que je

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne ; iritis syphilitique*, par Ricord.

(2) Page 146.

sache n'a répondu à cette question. Et pourtant quel autre nom donner à ces excroissances tuberculiformes dont le développement est si rapide, à ces formations pathologiques désignées sous le nom d'exsudations, d'épanchements iridiens? En examinant ces productions avec soin, on voit nettement sur l'œil vivant que la masse morbide semble faire saillie et se développer dans l'intérieur du tissu de l'iris où elle a pris naissance, et venir pour ainsi dire éclore à l'extérieur. C'est d'abord une tuméfaction du parenchyme décoloré en ce point; peu à peu cette tumeur recouverte et traversée par les vaisseaux iridiens fait saillie en avant; elle a un aspect spécial, elle est blanchâtre et comme médullaire; ces caractères la distinguent de l'exsudation fibrineuse comme de l'abcès; ils annoncent évidemment sa structure cellulaire et sont l'indication que cette production est le résultat d'une prolifération et non d'une exsudation. Cette altération répond, il me semble, à la période d'évolution de la gomme récente que j'ai décrite dans la dure-mère et au pourtour du tubercule caséeux du testicule, et que Lebert a observée dans le cœur. Quand sous l'influence d'une médication énergique, on voit la tumeur iridienne diminuer, on peut remarquer qu'elle se ratatine, rentre au milieu du tissu comme elle en était sortie, se conduisant exactement comme une excroissance, une verrue, un condylome, mais non pas comme un épanchement. »

De ces citations il résulte à l'évidence que leurs auteurs regardent comme particulière à l'iris syphilitique l'existence de productions pathologiques qu'ils appellent des condylomes, des végétations, des tubercules, des pustules, des papules, vésicules, abcès, tumeurs gommeuses.

Sans examiner ici jusqu'à quel point ces dénominations appliquées aux lésions syphilitiques de l'iris sont exactes en elles-mêmes, nous ne pouvons nous dissimuler que ceux qui les ont employées, ont négligé le point essentiel de la question. Variant leur interprétation suivant les opinions théoriques qu'ils se sont faites de la syphilis, aucun d'eux n'a cherché à se rendre véritablement compte de la nature toute spécifique de ses lésions. S'attachant plutôt aux apparences, à la forme, nous n'en voyons aucun remonter à la cause de la syphilis, chercher à établir la relation qui existe entre cette cause et les manifestations diathésiques qui apparaissent dès qu'elle existe dans un point de l'économie, et en déduire ensuite exactement leur nature. Pour nous, c'est ainsi que nous procéderons en nous appuyant sur les connaissances que nous avons de la syphilis; les prenant pour base, nous démontrerons la spécificité et la nature réelle des lésions syphilitiques en général, de l'iritis syphilitique en particulier.

Rappelons-nous la définition de l'iritis spécifique; « il est la conséquence immédiate d'une diathèse possédant une matière élémentaire, ou essence spécifique, renfermée toute entière dans la cause productrice toujours la même et sans analogue, tandis que les altérations pathologiques qui résultent de cette cause sont en rapport direct avec elle et la reproduisent dans ce qu'elle a d'essentiel et d'exceptionnel. »

La diathèse, c'est ici la syphilis; la cause de la syphilis, nous l'avons suffisamment indiquée, c'est l'induration, le syphilioma, cause toujours la même et sans analogue, renfermant la matière élémentaire ou essence spécifique de la diathèse.

D'un autre côté, nous avons vu que la syphilis se gé-

néralise par l'absorption des éléments de l'induration. « Constituant un élément pathologique nouveau, avons-nous dit, celle-ci va vicier, transformer tout l'organisme par l'absorption, et comme l'effet est toujours en rapport avec la cause, tous les accidents cachectiques de la syphilis empruntent leurs caractères distinctifs à cette induration dont ils émanent, quelle que soit la forme pathologique qu'ils revêtent, quels que soient les organes où ils se développent.

Chez le syphilitique, ce processus pathologique sera dans l'iris ce qu'il est dans les autres tissus, et nous en conclurons que la syphilis détermine dans l'iris le développement de lésions anatomo-pathologiques qui reproduisent l'induration initiale avec certaines modifications d'aspect provenant surtout des milieux où elles se développent, mais sans modification dans leur nature spécifique. Elles possèdent la même structure anatomique, c'est-à-dire qu'elles constituent des tumeurs fibro-plastiques dont nous avons indiqué les éléments histologiques.

Nous ne nous contenterons pas dès lors de l'appréciation qu'en ont faite les auteurs que nous avons cités, la considérant surtout comme incomplète et insuffisante. Il est évident que ces tumeurs pourront se présenter à l'observation sous des aspects variables ; elles n'arrivent pas dès le début de l'affection à leur entier développement; celui-ci est d'ailleurs considérablement influencé, enrayé même dans son évolution par le traitement suivant qu'il est plus ou moins opportun et énergique, enfin il se peut qu'aucune médication n'ait été mise en usage. Qui ne comprend le pouvoir de ces diverses circonstances sur les manifestations syphilitiques et les modifications d'apparence, de volume qui

en résulteront ? Elles pourront ressembler suivant les cas à des tumeurs ou excroissances désignées sous le nom de condylomes, végétations, tubercules, papules, tumeurs gommeuses ; mais ce sont là des termes généraux qui peuvent s'appliquer à des altérations fort différentes, et qui appliquées aux productions syphilitiques de l'iris comme l'ont fait les auteurs, c'est-à-dire par simple comparaison, ont le défaut essentiel de n'en point exprimer la nature spécifique.

Ces tumeurs, reproduisant l'induration et en possédant les éléments histologiques, se révèlent constamment à leur début sous la forme indurée, *quelque légère qu'elle soit.* (1) Elles ne constituent donc pas des vésicules, pustules ou abcès. Nous citerons à ce propos l'opinion de M. Thiry (2) :

« On a prétendu que ces petites tumeurs n'étaient que des abcès ; erreur profonde, car jamais je n'ai vu la suppuration comme accident immédiat de la syphilis ; les altérations de l'espèce peuvent suppurer à la longue, mais alors il survient des modifications dans leur constitution qui rendent compte de cette suppuration. »

Nous lisons en outre dans Wecker (3) :

« La transformation purulente de ces végétations de l'iris qu'on trouve rapportée dans les auteurs et qui se compliquerait de la production d'un hypopion considérable, doit être excessivement rare, car des observateurs très-expérimentés la nient complétement. Aussi ne faut-il pas rapporter l'aspect jaunâtre, que prennent parfois ces boutons à une certaine époque de la mala-

(1) Thiry, *Des blennorrhagies*, p. 171.
(2) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 226.
(3) Wecker, *Maladies des yeux*, t. I, p. 387.

die, à une collection de pus dans leur épaisseur; souvent on a pu se convaincre par des incisions qu'ils étaient composés de masses solides. »

Avant de nous étendre sur les caractères physiques des lésions spécifiques dont nous venons d'établir la nature, et sur les désordres qu'elles entraînent dans l'organe de la vision, nous nous occuperons de deux phénomènes que quelques auteurs ont regardés comme particuliers aussi à l'iritis syphilitique.

Ainsi on a considéré comme tel une décoloration de l'iris qui prendrait surtout près de son bord pupillaire une teinte jaunâtre, d'un rouge-cuivré ou bien rouillée. Or, cette décoloration du petit cercle iridien se rencontre aussi dans l'iritis dépourvue de toute spécificité et on ne peut lui accorder aucune valeur comme signe particulier de la variété syphilitique (1).

Un autre symptôme auquel on avait donné beaucoup de valeur, c'est la déformation de la pupille qui, dans l'iritis syphilitique, prendrait une configuration et une situation toutes particulières. Ainsi d'après Beer (2), la pupille avait pour caractère de se porter en haut et en dedans, de sorte qu'au lieu d'être située au centre de l'iris, elle se trouverait placée plus près du bord supérieur et interne de cette membrane. D'après d'autres, la pupille serait tiraillée en dehors, etc.

Il n'y a qu'à réfléchir au mécanisme véritable de ces déformations pour se convaincre du peu de valeur

(1) Nous citerons entre autres auteurs Fano. Il dit : « D'après nos propres observations, la teinte cuivrée du petit cercle de l'iris est rare dans l'iritis syphilitique. Elle se rencontre dans d'autres espèces d'iritis. (*Maladies des yeux*, t. II, p. 145.)

(2) Beer, *Lehre von den Augen krankheiten*, t. I, p. 557, Vienne 1813.

qu'elles ont quant à la cause première de la maladie. Ces déformations tiennent en effet à ce qu'un des points de l'iris est plus engorgé que les autres, ou bien à ce qu'il a contracté des adhérences avec la capsule du cristallin. Or, qu'il y ait adhérences ou dépôts plastiques qui immobilisent en quelque sorte différents points de l'iris, tandis que d'autres continuent à jouir de leur mobilité, les points fixés ne suivent pas le mouvement des autres parties de la membrane iridienne ; ils peuvent paraître tour à tour saillants ou rentrants, suivant l'état de dilatation ou de rétrécissement de la pupille, et ces déformations pourront varier extrêmement suivant le siége des altérations dont nous venons de parler. D'ailleurs, pour que la théorie des déformations spécifiques, fût vraie il faudrait que l'affection qui les développe eût dans l'iris des points spécialement réservés à ses manifestations, ce qui n'est aucunement admissible.

En résumé, nous ne pouvons reconnaître à l'iritis syphilitique qu'un seul ordre de caractères pathognomoniques, ce sont les lésions anatomo-pathologiques qui se développent dans les circonstances que nous préciserons sous l'influence de la syphilis constitutionnelle.

Or, les différentes parties de l'iris peuvent être, suivant les cas, le siége du développement du syphilioma; celui-ci peut se produire dans les couches superficielles, sous la couche épithéliale ; dans l'épaisseur du parenchyme iridien, enfin au rebord pupillaire.

Si l'affection n'a pas été combattue de bonne heure par le traitement antisyphilitique indispensable, voici les phénomènes qui vont apparaître.

Quand le syphilioma se développe dans les couches

superficielles, il se trahit par des taches d'une coloration qui varie du gris au jaune (1).

Si c'est le parenchyme iridien qui est pénétré de ses éléments en tout ou en partie, et si ce travail de pénétration n'est point enrayé dans son évolution, il se forme de petites élévations ou tumeurs qui font saillie à la face antérieure de l'iris et lui donnent un aspect bosselé, parsemé d'élevures et d'enfoncements; lorsqu'on examine attentivement le globe oculaire de côté, on aperçoit manifestement une sorte de voussure au niveau de la tumeur plastique. Elles ont un aspect jaune grisâtre qui tranche assez sur la coloration de l'iris pour qu'il soit facile de les reconnaître à leur simple coloration. Celle-ci résulte probablement de la combinaison de la teinte blanchâtre de la tumeur avec la couleur plus foncée de l'iris. Lorsque les dépôts se font vers la membrane interne, ils sont plus tardivement apparents ; dans ces cas, les tumeurs faisant parfois saillie en arrière, provoquent l'adhérence de l'iris avec la capsule cristalline. Ces adhérences sont la cause de déformations très-variées de la pupille; nous avons vu quel en était le mécanisme. C'est ainsi que la pupille peut prendre des formes ovalaire, triangulaire, oblique, verticale, transversale, et on a observé des cas où elle ressemblait à une feuille de trèfle, à un cœur de carte à jouer ; dans ce dernier cas, trois tumeurs développées de distance en distance et à intervalle à peu près égaux sur la marge pupillaire, rendaient compte de cette particularité (2).

Nous ferons remarquer ici que plus les dépôts se font

(1) Voir l'observation n° VIII.

(2) Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, tome 3e, p 125.

vers la membrane interne, plus on doit craindre leur influence sur le cercle ciliaire et leur extension aux autres parties de l'œil.

Le syphilioma peut se développer aussi, avons-nous dit tantôt, au rebord de la petite circonférence de l'iris (1); le rebord se gonfle d'abord dans le point occupé par le syphilioma, se déforme et semble renversé en dedans. Si l'absorption des éléments véroliques est active et n'est pas enrayée par le traitement, on voit alors s'élever du point de la petite circonférence, une ou plusieurs tumeurs émergeant dans le champ pupillaire qu'elles obturent suivant leur volume. La tumeur est ronde, épaisse, et ressemble assez à une perle; leur coloration est d'un blanc jaunâtre (2).

Ces tumeurs reproduisent le fibro-plasme spécifique, il en résulte que si on ne leur oppose point un traitement antisyphilitique énergique, elles peuvent prendre parfois des proportions plus considérables et occasionner des désordres faciles à comprendre. C'est ainsi qu'on en a vu arriver à toucher la cornée (3), ou bien refouler l'iris en avant et le mettre en contact avec cette membrane (4). Elles peuvent remplir la chambre antérieure, rejeter l'iris de côté, le détacher du corps ciliaire et faire irruption dans la chambre postérieure. Dans ce cas, elles peuvent soulever le corps ciliaire, amincir la

(1) Sichel a signalé dans son *Iconographie ophthalmologique* (p. 120) un *gonflement du petit cercle plus considérable que dans toute autre espèce d'iritis*, seulement il ne l'a pas rapporté à sa véritable cause, il l'attribue simplement à une vascularisation particulière locale.

(2) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 227. Voir aussi l'observation n° I.

(3) Voir l'observation n° IV.

(4) Carron du Villards, *Maladies des yeux*, v. 2, p. 535.

sclérotique, la faire bomber en dehors et même la traverser. Desmarres rapporte avoir vu plusieurs cas de ce genre, entre autres un très-remarquable dans le service de M. Ricord (1).

Mais, hâtons-nous de le dire, ces cas sont relativement rares; le traitement mercuriel a sur ces productions pathologiques une telle puissance, et c'est ce qui vient encore démontrer leur nature spécifique et identique avec les autres manifestations de la syphilis, que sous son influence elles ne tardent pas à se résoudre et à disparaître, sans présenter d'autres proportions que celles que nous avons signalées à leur début. Elles n'arrivent même pas toujours à ce degré de développement, soit à la surface de l'iris, soit dans l'aire de la pupille; c'est lorsque la médication spécifique est employée chez un sujet dès le début de l'infection syphilitique. Dans ces cas, les altérations spécifiques enrayées dans leur évolution par le traitement dont nous venons de signaler la puissance, peuvent se dissimuler dans l'épaisseur du parenchyme iridien qui en est pénétré en tout ou en partie (2). Mais dans cette circonstance encore, elles impriment à l'affection iridienne un caractère qui n'échappera pas à l'observateur exercé. Le diagnostic est d'ailleurs facilité par l'existence concomitante des autres symptômes constitutionnels, et surtout de l'induration initiale qui dans la grande majorité des cas se résout la dernière (3).

(1) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, p, 409, 1847.
(2) Voir l'observation nº VII.
(3) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 229.

§ 2. — *Symptômes réactionnels, marche, durée.*

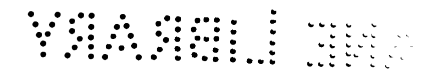
Les symptômes réactionnels comprennent les phénomènes phlegmasiques avec leurs conséquences provoqués par le développement dans l'iris des manifestations de la syphilis.

Quelques-uns d'entre eux précédant toujours, à des degrés forts différents d'intensité, l'apparition de ces manifestations dont ils sont en quelque sorte les prodromes, nous dirons ici quelques mots de l'époque où l'iritis syphilitique éclate le plus ordinairement.

Les faits recueillis nous permettent d'affirmer que l'iritis syphilitique dépend essentiellement de la première période de la syphilis. Cependant il faut tenir compte de ce que la plupart du temps, les observations portent sur des malades soumis à un traitement spécifique, ce qui, disons-le en passant, a fait naître autrefois cette idée que l'affection était un des effets pathologiques du traitement mercuriel.

Quoi qu'il en soit de l'influence possible exercée par la médication sur l'évolution de la syphilis, c'est surtout quand les accidents dits secondaires et particulièrement les syphilides dermatiques sont dans tout leur développement, que l'on observe l'iritis syphilitique avec les caractères les mieux tranchés. On peut l'observer cependant soit plus tôt, soit plus tard.

Il arrive quelquefois au début de la syphilis, pendant la période réactionnelle et alors que se développe cette forme pathologique transitoire qui a été appelée roséole, qu'il se manifeste dans l'iris une congestion qui s'étend même à la conjonctive. Cette congestion n'a rien de



syphilitique; comme la roséole, elle constitue un accident de transition et disparaît aussi spontanément.

L'iritis syphilitique peut affecter un seul œil ou les deux yeux simultanément ou successivement.

En général, la syphilis se révèle dans l'iris comme dans les autres organes, avec ses caractères asthéniques; la marche de l'iritis est donc calquée sur celle de la syphilis elle-même; et lorsqu'elle paraît s'en écarter, c'est spécialement l'effet de complications qui surgissent accidentellement ou bien sous l'influence des manifestations diathésiques agissant comme puissance irritante.

Il en résulte que c'est surtout la forme sub-aiguë et même la forme chronique qu'affecte l'iritis syphilitique; si parfois nous la voyons développer des phénomènes inflammatoires plus intenses, c'est principalement quand elle éclate au début de l'infection syphilitique, alors que l'organisme résiste et réagit contre la pénétration du principe de détérioration. Des symptômes inflammatoires d'intensité variable peuvent encore précéder l'iritis spécifique; c'est quand une cause accidentelle, exerçant sur l'œil une irritation locale, y détermine une phlegmasie qui devient alors le point de départ de l'évolution de la diathèse dans l'iris.

Quant à *sa durée*, l'iritis syphilitique guérit rarement avant trois semaines; le plus souvent elle ne cède qu'après six semaines à deux mois.

Les symptômes réactionnels se distinguent en *subjectifs et objectifs*. Nous les examinerons d'abord dans la forme aiguë qui les résume à des degrés différents d'intensité.

1° *Symptômes subjectifs.*

L'iritis syphilitique à marche aiguë s'annonce ordinairement par une céphalalgie sus-orbitaire plus ou moins intense, s'irradiant vers les tempes, sur le trajet des nerfs frontaux et sus-orbitaires, et augmentant quelquefois la nuit, ce qui n'est pas, comme on l'a prétendu, un caractère propre à cette variété d'iritis, car ces exacerbations se montrent aussi dans toute iritis aiguë.

Les douleurs se propagent assez souvent par des rameaux nerveux de la cinquième paire, voisins de ceux qui se distribuent à l'iris. Ainsi toute la gencive et même une moitié de la tête du côté malade, peuvent être le siége d'une douleur qui simule une névralgie, revient par accès et avec une périodicité quelquefois très-marquée (1).

Il existe en même temps dans l'œil un sentiment de chaleur, de pesanteur; le malade éprouve de la lourdeur dans la tête, des tintements d'oreille, le larmoiement est plus ou moins abondant.

Ces phénomènes sont ordinairement accompagnés de quelques troubles de la vision qui sont en rapport avec leur intensité. C'est ainsi que pour quelques malades la lumière devient insupportable, pour d'autres, elle n'a qu'une action excitante médiocre. En général la photophobie est moins intense que dans l'iritis simple; provenant surtout à cette période de l'iritis de l'exagération de la sensibilité des nerfs ciliaires (2), la photophobie est presque toujours en raison de l'intensité de

(1) Wecker, *Maladies des yeux*, tome 1, p. 388.

(2) Galezowsky, *Maladies des yeux*, 1re partie, 3e éd. — Des auteurs ont aussi attribué la photophobie à une congestion simultanée de la rétine.

l'inflammation; or, celle-ci est dans la plupart des cas moins intense dans l'iritis syphilitique que dans l'iritis simple.

Le champ de la vision est souvent parcouru par des corpuscules flottants, des mouches volantes qui s'opposent à la netteté des objets. Le globe de l'œil est le siége d'une douleur compressive, due en grande partie à l'augmentation de volume de l'organe par suite d'un excès de sécrétion de l'humeur aqueuse. Il en résulte une sensation analogue à celle de l'œil voulant sortir de l'orbite. Cette augmentation de volume suivie d'une compression inévitable du globe oculaire contre les parois de l'orbite, ne pourrait-elle pas expliquer en partie la vue des bluettes, des étincelles, etc.? En effet, l'œil comprimé à l'état normal fournit aussi ces fausses sensations (1).

Tels sont les symptômes subjectifs par lesquels débute ordinairement l'iritis syphilitique.

2o *Symptômes objectifs.*

Simultanément on remarque que la conjonctive prend une couleur d'un rouge vineux; ses vaisseaux s'injectent; elle paraît boursouflée.

L'iris est lisse et luisant, régulier; sa surface toujours un peu plus foncée qu'à l'état normal conserve ses plis rayonnés. La pupille est régulière; elle est seulement un peu moins large et moins mobile qu'à l'état normal; les effets de la lumière, de l'obscurité et de la belladone sont aussi moins marqués; son bord n'a subi aucune modification pathologique.

(1) Melchior Robert, *Mémoire sur l'iritis syphilitique*, d'après les observations recueillies dans le service de M. Ricord, *Annales d'Oculistique*, tome 26, p. 16, 1851.

caractère distinctif de l'iris. C'est alors aussi que dans le parenchyme iridien commencent à apparaître les manifestations de la syphilis; si elles ne sont pas enrayées dans leur évolution par le traitement approprié et suffisamment énergique, la surface de l'iris commence à présenter des inégalités et des taches d'un blanc jaunâtre dont nous avons signalé l'origine. De petites tumeurs assez semblables à une perle germent et grandissent dans le champ pupillaire; enfin apparaissent peu à peu tous les phénomènes que nous avons décrits précédemment en traitant des caractères spécifiques de l'iritis syphilitique. L'aspect de l'iris et sa coloration éprouvent donc des changements remarquables et beaucoup plus prononcés que toute autre espèce d'iritis.

Nous avons vu que le développement de ces productions spécifiques peut être enrayé par le traitement mercuriel, de sorte qu'elles se dissimulent dans le parenchyme iridien pénétré des éléments histologiques de l'induration. Les dépôts se font aussi parfois vers la membrane interne de l'iris, comme nous l'avons déjà signalé; dans ces cas, il est évident que les lésions ne deviendront apparentes que beaucoup plus tard, et ne le deviendront même pas si le traitement les arrête dans leur évolution. Nous avons vu aussi que le syphilioma ne se produit quelquefois qu'au rebord de la petite circonférence de l'iris qui se gonfle en ce point et se déforme plus ou moins en raison des dépôts dont il est le siége; le traitement peut aussi arrêter tout développement ultérieur. Ces différentes circonstances jointes aussi aux cas où l'activité de l'absorption des éléments véroliques est médiocre et n'aboutit qu'à une pénétration partielle du parenchyme se traduisant simplement par des symptômes réactionnels, nous explique pourquoi l'iritis

syphilitique ne présente pas toujours à l'observation les symptômes caractéristiques du syphilioma; les phénomènes réactionnels les voilent souvent dans ces cas où ils sont peu apparents (1).

A cette époque de la maladie et à la suite des dépôts plastiques qui se font dans l'iris, la mobilité de cette membrane cesse graduellement pour s'interrompre complétement ou bien dans ses parties altérées seulement. Il en résulte, comme nous l'avons déjà expliqué, des déformations fort variées de la pupille, les dépôts plastiques coagulant, immobilisant en quelque sorte différents points de la circonférence, tandis que d'autres restent plus ou moins à l'état normal et continuent à jouir de leur mobilité.

De ces déformations résulte aussi un déplacement de la pupille en différents sens, et auquel on a voulu attacher une valeur pathognomonique qui n'existe pas.

La pupille est ordinairement plus contractée qu'à l'état normal; néanmoins on peut maintenir un certain degré de dilatation par la belladone, chose importante pour s'opposer aux adhérences de l'iris.

Quant aux fonctions de l'œil, elles ont déjà reçu une profonde atteinte par suite de ces diverses altérations. La vue est affaiblie, parfois même abolie; les malades qui au début ne pouvaient supporter la lumière, n'en éprouvent plus aucun effet. Ces troubles sont dus à différentes causes; à la congestion de la rétine; à la contraction permanente de la pupille; aux productions plastiques qui embarrassent le champ de la pupille; au trouble de l'humeur aqueuse, à la compression excentrique exercée sur les parois internes de l'œil par

(1) Voir l'observation n° VII.

l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse; à la compression qu'éprouve le globe de l'œil contre les parois de l'orbite; enfin à l'obscurcissement léger de la cornée (1).

Si l'acuité des symptômes phlegmasiques est considérable, l'humeur aqueuse de plus en plus trouble renferme des flocons et des filaments provenant d'exsudation de lymphe plastique à la surface de l'iris. Ces exsudations tendent souvent à s'organiser et donnent lieu à des fausses membranes qui établissent des adhérences parfois avec la cornée (*synéchies antérieures*), mais plus souvent avec la capsule cristalline (*synéchies postérieures*).

Ces phénomènes sont accompagnés de douleurs dans l'orbite, vives, pongitives; elles augmentent à la tombée de la nuit, en forme d'accès qui durent toute la nuit, et qui sont suivis de photophobie, photopsie et surtout d'un larmoiement très-incommode qui ne permet guère au malade de dormir. Le calme et l'apyrexie reparaissent avec le jour.

Les symptômes réactionnels de l'iritis syphilitique peuvent être accompagnés de fièvre, avec exacerbation le soir et pendant la nuit; embarras des voies digestives, enfin tous les symptômes phlegmasiques de l'iritis simple aiguë.

Tels sont les caractères de l'iritis syphilitique à marche aiguë. Mais cette variété d'iritis affecte souvent aussi la forme chronique. Dans ces cas, les troubles iridiens surviennent sourdement: il existe à peine une légère zonule péricornéenne et une injection conjonctivale peu apparente, que déjà l'iris commence à s'obscurcir et à se déformer. Si l'affection n'est pas en-

(1) Melchior Robert, mémoire cité; *Ann. d'oculistique*, tome 26.

travée dans sa marche, la surface de l'iris devient inégale, bosselée; de petites tumeurs fibro-plastiques se développent dans son parenchyme et dans le champ pupillaire. Le malade n'en ressent presque point de douleur; il n'éprouve guère dans le globe oculaire qu'un sentiment de gêne, de pesanteur. Le larmoiement est peu abondant et même nul, il n'y a que peu ou point de photophobie, enfin l'humeur aqueuse présentant un certain trouble dans sa transparence, n'offre point de produits fibrineux, l'ex-udation de lymphe plastique étant en rapport avec le peu d'intensité des phénomènes phlegmasiques. Pour la même raison, il n'y a pas de tendances à l'établissement de ces brides et adhérences que nous avons signalées précédemment, du moins dans la première période de la maladie.

Dans cette forme chronique de l'iritis syphilitique, le travail morbide est donc surtout caractérisé par l'évolution des altérations spécifiques de la syphilis. La marche de l'affection oculaire est en parfaite relation avec celle de la diathèse, et il arrive parfois que les malades en sont assez peu incommodés pour pouvoir vaquer à leurs occupations (1).

Tel est le tableau symptomatologique dont la syphilis peut déterminer le développement plus ou moins complet en se manifestant dans le parenchyme iridien. Mais pour songer à une iritis syphilitique à ses prodromes, il ne faut pas s'attendre à rencontrer tout le cortége des symptômes énumérés. Un cercle bleu en dehors de la circonférence de la cornée, du resserrement dans la pupille, du brouillard dans la vue, un peu de photophobie joints aux données commémo-

(1) Voir l'observation n° IV.

ratives, suffiront quelquefois pour fixer la nature et le siége de la lésion, bien qu'il y ait absence absolue ou presque absolue de souffrances, bien que le diaphragme iridien soit pourvu de sa coloration normale, et la pupille de sa netteté, en apparence du moins.

CHAPITRE V.

Des complications.

Les complications de l'iritis syphilitique ne sont pas fréquentes, parce qu'en général un traitement rationnel et remplissant les diverses indications, ne tarde pas à se rendre maître de la cause première du mal.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, soit que la médication ait été insuffisante, mal dirigée, ou bien tardivement employée ; soit qu'il se trouve dans l'organe de la vision ou même dans la constitution du sujet certaines prédispositions qui facilitent leur apparition.

Quoi qu'il en soit, ces complications sont de nature très-différente (1). En effet, la syphilis, en donnant lieu à des manifestations dans l'iris, peut aussi, soit simultanément soit successivement, attaquer les différentes membranes de l'œil et spécialement la choroïde et la rétine ; frapper même les milieux, le cristallin, le corps vitré ; enfin, poursuivant ses ravages, s'étendre au nerf optique et à l'encéphale ; les os de la cavité orbitaire peuvent même s'entreprendre, se nécroser, se carier (2).

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 225.
(2) Thiry, même ouvrage, p. 229.

Mais, d'un autre côté, l'iris peut être la seule partie de l'œil qui soit le siége des localisations syphilitiques, mais celles-ci devenant un centre d'irritation plus ou moins intense pour les parties qui sont en connexion avec l'iris, pourront y provoquer tous les phénomènes de l'inflammation avec ses conséquences et causer ainsi des désordres pathologiques dont la présence constitue une complication des plus graves de l'affection déjà existante.

Il est évident qu'il faudra attacher le plus grand soin à reconnaître la nature de ces complications de l'iritis syphilitique, car de leur nature dépend la médication.

Si la syphilis a envahi d'autres parties de l'œil en même temps que l'iris, il n'y aura qu'à insister sur le traitement institué pour combattre l'iritis syphilitique lui-même, jusqu'à ce que l'on ait détruit les dernières traces du germe syphilitique.

Si les complications sont simplement congestives ou inflammatoires comme nous l'avons spécifié dans le second cas, des indications particulières seront à remplir suivant les parties atteintes de l'organe oculaire, et c'est au traitement de ces affections que nous devons renvoyer.

CHAPITRE VI.

Terminaisons.

Il en est de la terminaison de l'iritis syphilitique comme de ses complications, elle dépend essentiellement du traitement. Si le traitement spécifique joint aux indications qui se présentent suivant les cas, est employé dès le début, la résolution sera la terminaison ordinaire de cette variété d'iritis (1).

L'époque où apparaît l'iritis syphilitique n'est pas non plus sans influence sur sa terminaison. C'est ainsi que l'iritis qui apparaît au début de la syphilis, dans la première période de l'invasion vérolique, quand on observe la fièvre réactionnelle, la roséole, se résout en général rapidement sous l'influence d'un traitement fort simple antiphlogistique et antisyphilitique. Dans une période plus avancée de la syphilis la guérison est plus lente et plus difficile.

Quand la résolution doit se faire, on voit peu à peu diminuer et s'affaisser les productions fibro-plastiques si elles se sont développées soit dans le parenchyme iridien, soit dans l'aire de la pupille. Les symptômes réactionnels tant objectifs que subjectifs suivent une

(1) Thiry, *Ophthalomolgie*, p. 231, 2e partie.

marche décroissante proportionnelle, et à mesure que l'iris reprend son aspect normal, les fonctions visuelles se rétablissent dans leur intégrité.

Mais si l'affection n'est pas traitée avec énergie, si l'on perd un temps précieux en tâtonnements inutiles, les complications sont imminentes et à leur suite surgissent des transformations qui, le plus souvent, sont au-dessus des ressources de l'art.

C'est ainsi que la lymphe plastique, secrétée en plus ou moins grande abondance, concourt avec les tumeurs fibro-plastiques développées dans l'aire de la pupille, à fermer cette ouverture *(atrésie de la pupille)* et à la souder à la capsule cristalline *(synéchie postérieure)*. Il en résulte que la chambre postérieure peut être plus ou moins effacée. L'adhérence de l'iris avec la cornée est un accident plus rare; cependant si les synéchies postérieures occupent une grande partie de la pupille, il peut arriver que l'humeur aqueuse secrétée dans la chambre postérieure ne pourra que difficilement passer dans la chambre antérieure; elle s'accumulera derrière l'iris, le repoussera en avant. L'iris pourra même dans ce cas atteindre la face postérieure de la cornée, et sous l'influence d'une irritation chronique, contracter avec elle des adhérences passagères ou permanentes (1).

Une synéchie totale interceptant toute communication entre les chambres de l'œil, peut aussi provoquer le développement d'une irido-choroïdite; dans ce cas le mal prendra sa source dans les tiraillements que subissent sans relâche les parties antérieures de la choroïde.

Une conséquence de cette complication est un hypopion qui se produit dans la chambre antérieure, et qui,

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2[e] partie, p. 201.

par son apparition brusque ainsi que par sa disparition souvent très-rapide, marque qu'il a pris son point de départ dans les parties antérieures de la choroïde (1).

Nous avons vu quelle extension peuvent prendre les productions spécifiques développées dans l'iris, et quels désordres considérables elles entraînent avec elles. Nous les avons montrées remplissant la chambre antérieure, rejetant l'iris de côté, le détachant du corps ciliaire, et faisant irruption dans la chambre postérieure, aller soulever le corps ciliaire, amincir la sclérotique qu'elles font bomber au dehors, et même la traverser.

Enfin les manifestations de la diathèse non entravée dans sa marche envahissante, peuvent s'étendre aussi d'un tissu à l'autre, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, et après avoir successivement frappé les membranes et les milieux de l'œil, entraînent la totalité de l'organe dans un processus désorganisateur qui laisse à peine des traces de la structure normale des parties.

Dans ces cas extrêmes, le cristallin et le corps vitré désorganisés, se convertissent en une masse pultacée qu'on peut voir à la fin saillir sous forme de points blanchâtres, à travers la choroïde et la sclérotique. Arrivé à ce point, il est impossible que l'œil se rétablisse et qu'il conserve sa forme normale. La ponction n'apporte qu'un faible soulagement aux souffrances qu'endure le malade; ce n'est point une collection de pus qui donne à l'organe l'aspect que nous venons de décrire, et il ne s'écoule rien lorsqu'on plonge la lancette

(1) Wecker, *Maladies des yeux*, t. I, p. 404.

à travers la coque oculaire. Si l'on administre alors le mercure de manière à agir sur tout le système, l'œil s'affaisse et se réduit à un petit volume; mais si l'on n'a point recours à ce médicament, qu'on l'administre à trop faible dose ou que l'on cesse trop tôt l'usage, la sclérotique peut se rompre et livrer passage à une excroissance fongeuse. Il est évident que de semblables désordres pathologiques auront un retentissement considérable sur l'économie entière, aussi la fièvre, la débilité qui en résultent, jointes à la violence des douleurs dans l'œil et la tête, obligent à pratiquer l'extirpation du globe oculaire (1).

Nous avons vu aussi que la maladie peut se propager au nerf optique et à l'encéphale, enfin attaquer les os de la cavité orbitaire.

En traitant des complications, nous avons dit que l'iritis peut rester la seule lésion syphilitique, mais que la présence de cette lésion peut réagir irritativement sur les parties contiguës. Il en résultera des désordres congestifs ou inflammatoires dont les conséquences varieront suivant leur intensité, suivant l'étendue des parties affectées et la nature du traitement. Les épanchements de pus dans la chambre antérieure, c'est-à-dire l'hypopion (2), l'ophthalmitis, c'est-à-dire la perte de l'œil, peuvent être la conséquence des inflammations consécutives aux lésions syphilitiques de l'iris.

En résumé, nous pouvons dire que si la maladie n'est point combattue de bonne heure par le mercure, elle

(1) Mackenzie, *Traité pratique des maladies de l'œil*, t. II, p. 18.

(2) L'hypopion peut provenir d'une inflammation de la cornée, de l'iris ou des parties antérieures de la choroïde, en particulier des procès ciliaires (Wecker, *Maladies des yeux*, tome I, page 449).

peut se terminer par l'occlusion de la pupille, l'oblitération des chambres et l'atrophie du globe de l'œil (1).

Dans des cas d'iritis syphilitique, le traitement a pour effet de faire complétement disparaître les symptômes objectifs de la maladie, mais la rétine tombe dans un état d'insensibilité plus ou moins complète (2). Il en résultera évidemment des troubles visuels en rapport avec les altérations rétiniennes.

Enfin l'iritis syphilitique, comme toute variété d'iritis, peut laisser dans certaines parties du globe oculaire des traces indélébiles de son passage. C'est ainsi que l'on a observé là surtout où il y avait eu récidive (3) :

1o Le rapetissement du bulbe appréciable au toucher, en fermant les deux yeux et en les tâtant avec la main.

2o Une couleur jaune et un accroissement de densité de la sclérotique, l'injection de la conjonctive scléroticale et par suite des varices.

3o Une forme oblongue de l'iris et de la cornée, dépendant de l'atrophie du cercle ciliaire.

4o Un changement de couleur de l'iris comparativement à l'œil resté sain.

5o Des changements de situation de cette membrane.

6o Des changements de forme de la pupille.

7o Des changements dans les mouvements de l'iris.

8o Des changements dans la faculté visuelle; des hallucinations de la vue.

9o Des dépôts de pigment sur la capsule antérieure du cristallin.

(1) Mackenzie, ouvrage cité, t. II, p. 29.
(2) Mackenzie, ouvrage cité, t. II, p. 20.
(3) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, *de l'Iritis*, par le Dr F.-A. Ammon ; tome X, p. 35.

CHAPITRE VII.

Récidives.

Plus que toute autre variété d'iritis, l'iritis syphilitique est sujette à récidive.

Plusieurs auteurs le signalent dans leurs ouvrages. Nous citerons, entre autres, Fano qui dit dans son *Traité des maladies des yeux* (1) : „ On n'oubliera pas que l'iritis syphilitique est sujette à des récidives ou des rechutes. „

Mackenzie écrit sur le même sujet (2) :

„ Lors même que l'iritis syphilitique se termine de
“ la façon la plus favorable, l'œil reste pendant long-
“ temps très-sensible à l'action du froid et de l'humidité.
“ Pour peu que l'on y soit exposé, on peut voir revenir
“ le cercle inflammatoire de la sclérotique, la sensibilité
“ de l'œil à la lumière et un écoulement abondant de
“ larmes. Pour la même cause, lorsque les désordres
“ laissés par l'iritis syphilitique exigent qu'on pratique
“ une pupille artificielle, l'opération est le plus souvent
“ suivie d'une nouvelle inflammation qui peut faire
“ perdre tout espoir de rétablir la vision. „

(1) Tome II, p. 148.
(2) Tome II, p. 23.

Mais la cause essentielle des rechutes de cette affection c'est la guérison incomplète de la syphilis constitutionnelle, et cette cause peut agir de deux façons, d'une manière indirecte et d'une manière directe (1).

En effet, l'iritis à laquelle cette diathèse a donné naissance, peut avoir disparu ainsi que les autres manifestations. La constitution semble être tout à fait améliorée et présente les attributs de la santé; mais l'induration initiale qui en général se résout la dernière, peut n'avoir pas entièrement disparu. Si dans ces cas, le traitement spécifique n'est pas rigoureusement soutenu jusqu'à résolution complète des derniers éléments de l'induration, l'organisme est menacé dans un laps de temps très-variable d'une nouvelle infection. Lorsque cette récidive de la syphilis se produira, l'iris sera de nouveau exposé à être frappé, d'autant plus qu'une première atteinte pourra y avoir laissé quelque prédisposition.

Mais dans ces cas, la récidive de l'iritis syphilitique n'est pas fatale; elle n'est qu'un accident éventuel qui peut très-bien faire défaut.

Mais il est une circonstance dans laquelle l'iritis syphilitique récidivera infailliblement, c'est quand l'élément spécifique de l'induration aura disparu avec celle-ci de tout l'organisme, à l'exception de ses localisations dans l'iris dont il pourra subsister quelques traces. Si petites, si minimes qu'elles soient, se dissimulant dans l'iris qui a repris en apparence son aspect normal, il est évident qu'elles constituent un foyer latent d'intoxication nouvelle, non seulement pour l'iris mais pour la constitution. Aussi au bout d'un temps plus ou

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 230.

moins long et sous l'influence d'une cause accidentelle, ou même en son absence, ces éléments histologiques prennent une nouvelle extension, se multiplient, donnent lieu à la reproduction de l'iritis syphilitique et menacent en même temps l'organisme (1).

Ces récidives de l'iritis syphilitique sont souvent plus graves que la première atteinte. Elles résultent en général d'un traitement insuffisant, mais elles attestent quelquefois une résistance particulière de l'élément diathésique à la médication, et l'organe visuel pourra conserver des modifications indélébiles malgré tous les moyens employés.

La conclusion que nous devons tirer des considérations précédentes, c'est que le traitement spécifique ne devra pas être interrompu immédiatement sous prétexte de guérison apparente, mais qu'il devra être prolongé au-delà de celle-ci pendant un certain temps afin d'éviter autant que possible des rechutes toujours fâcheuses, parfois très-graves.

(1) Voir l'observation n° 1.

CHAPITRE VIII.

Causes et pronostic.

La seule cause de l'iritis syphilitique est la pénétration par voie d'absorption dans l'économie et dans le parenchyme iridien, de l'élément histologique qui constitue toute la syphilis et qui est renfermé d'abord dans l'induration initiale.

Quelquefois cette cause agit immédiatement par son simple processus; d'autrefois il arrive que, malgré l'infection constitutionnelle bien déclarée, l'œil conserve son immunité jusqu'au moment où une cause locale agissant sur lui et produisant une ophthalmie externe simple, en fait un centre d'attraction pour le travail syphilitique. Parmi les causes accidentelles qui peuvent aider au développement de cette affection, nous citerons l'exposition au froid, des coups sur l'œil, un excès de travail et même l'intempérance.

Quant au *pronostic*, l'iritis syphilitique est une maladie grave, car nous avons vu que ses suites peuvent être funestes, qu'elle peut entraîner la perte de la vision et parfois n'offrir d'autres ressources que l'extirpation de l'organe pour arrêter les progrès du mal et son retentissement sur l'économie et notamment sur le cerveau.

Mais si l'on considère l'action rapide et sûre du traitement spécifique sur cette affection quand on parvient à la traiter à temps, avec énergie et avec persévérance, on peut affirmer que de toutes les iritis la variété syphilitique est la moins dangereuse. Le pronostic devra donc être basé tout à la fois sur le temps qu'a duré l'affection, sur les effets visibles qu'elle a déjà produits et les complications. Si elle est prise au début et si elle est exempte de complications, et spécialement du côté de la choroïde et de la rétine, on pourra augurer favorablement de la maladie, car dans la plupart des cas l'action du mercure est tellement évidente que sous son influence on voit disparaître les symptômes les plus graves et les plus alarmants.

Il faut aussi tenir compte de la tendance de l'affection aux rechutes.

CHAPITRE X.

Diagnostic différentiel.

Plusieurs signes peuvent servir à différencier l'iritis syphilitique de l'iritis simple aiguë ou chronique.

1° L'iritis syphilitique coexiste le plus souvent avec les autres manifestations de la diathèse (1), et dans la plupart des cas l'induration, qui presque toujours se résout la dernière (2), est une donnée sûre pour remonter à la cause du mal.

2° L'existence des caractères spécifiques de l'affection est un guide infaillible pour la distinguer de l'iritis simple, aiguë ou chronique qui ne présente jamais rien de semblable dans les désordres pathologiques dont elle est la cause.

3° L'iritis syphilitique a une marche ordinairement lente. Dans toute autre iritis, les modifications amenées par la marche de l'affection sont précédées et accompagnées de phénomènes inflammatoires intenses, et

(1) L'iritis ne sera ordinairement la seule manifestation diathésique que dans le cas particulier de récidive que nous avons signalé et dont nous publions un exemple remarquable dans l'observation N° I.

(2) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 228.

surtout de douleurs dont la variété syphilitique est souvent exempte.

Cette différence entre la variété spécifique et l'iritis simple est presque toujours manifeste. Nous avons vu en effet que l'inflammation dans l'iritis syphilitique est ordinairement secondaire à la syphilis, qu'elle est provoquée par le travail pathologique que la diathèse détermine dans le parenchyme iridien.

4° L'iritis qui se complique de kératite interstitielle, de choroïdite et de rétinite ou d'une névrite optique, doit faire pencher le diagnostic vers l'origine syphilitique (1).

5° Des auteurs avancent que l'iritis syphilitique est la plus fréquente de toutes les iritis.

D'après Wecker, sur 100 malades, 60 à 70 présentent des symptômes syphilitiques.

D'après Galezowski, elle se rencontre soixante-deux fois sur cent.

Nous ferons remarquer que l'on a souvent regardé comme syphilitiques des iritis étrangères à la diathèse.

(1) Galezowski, *Maladies des yeux*, 1re partie, p. 350.

—

CHAPITRE XI.

De l'iritis pseudo-syphilitique.

Nous ne parlerons de l'iritis pseudo-syphilitique admise par plusieurs auteurs que pour signaler l'inexactitude d'une telle désignation.

En effet que faut-il entendre sous le nom de pseudo-syphilis? Voicí ce que nous lisons dans Mackenzie (1) :

« On admet généralement qu'il existe diverses maladies, provenant d'un coït impur ou survenant sans aucun rapport sexuel suspect, qui présentent une série de phénomènes morbides moins intenses et ayant ordinairement une marche plus rapide, mais ressemblant néanmoins sous beaucoup de rapports à la syphilis. Jusqu'à ce que l'on arrive à donner une description plus exacte de ces maladies, il est, je crois permis de les appeler *syphiloïdes ou pseudo-syphilitiques.*

» L'éruption dont parle Bateman sous le nom d'Ecthyma cachecticum, paraît être une de ces maladies que l'on peut confondre avec la syphilis, et il n'est pas douteux qu'elle n'affecte quelquefois l'iris d'une façon

(1) Mackenzie, *Maladies des yeux*, tome II, p. 33.

qui ressemble beaucoup à la maladie que nous venons de décrire.

„ Cette maladie survient, dit le Dr Bateman, lorsqu'il existe un état de cachexie qui semble indiquer l'action d'un poison morbide. Elle ressemble beaucoup aux symptômes secondaires de la syphilis, et on lui applique souvent le traitement de cette affection, bien qu'elle semble devoir souvent, sinon toujours, son origine à un dérangement de la santé générale, indépendant de toute infection vénérienne.

„ Elle débute ordinairement par un paroxysme fébrile quelquefois très-intense. Dans l'espace de deux à trois jours, on voit apparaître éparpillées sur la poitrine et les membres, de nombreuses pustules à base dure et enflammée; leur nombre augmente tous les jours par l'éruption successive de pustules semblables, qui continuent à s'élever et à se flétrir pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce que la peau soit criblée de pustules à toutes les phases de leur développement. Les pustules naissantes offrent à leur base une teinte d'un rouge brillant qui, au déclin de l'inflammation, passe au pourpre ou même à la teinte chocolat, et de petites croûtes lamellées se forment à leur sommet. Lorsque celles-ci tombent, il reste sur la peau une tâche sombre dans le point qu'occupait la pustule. L'éruption est quelquefois bornée aux membres, mais elle s'étend aussi fréquemment au tronc, à la face et au cuir chevelu.

„ Les symptômes fébriles diminuent, mais ne disparaissent pas complètement lors de l'apparition de l'éruption, car pendant toute la durée de la maladie il existe une fièvre hectique continue. Elle s'accompagne d'une grande langueur, d'un affaiblissement marqué des forces intellectuelles et musculaires, de céphalalgie,

de douleurs dans les membres, d'insomnie, de mauvaises digestions et d'irrégularités dans les fonctions intestinales. Il y a ordinairement un certain degré de conjonctivité; l'arrière-gorge est le siége d'une inflammation lente qui s'accompagne d'ulcérations superficielles. Cette maladie dure, suivant Bateman, de deux à quatre mois; dans cet espace de temps, avec l'aide des toniques végétaux tels que le quinquina, la salsepareille, la serpentaire, etc., des antimoniaux et des bains chauds, la constitution se débarrasse de la cause de l'intoxication. Il ajoute que l'administration du mercure n'est point nécessaire et qu'elle ne paraît point accélérer la guérison.

Le docteur Monteath rapporte « que l'iritis déterminée par cette affection ressemble tellement à celle » produite par la syphilis, que pendant plusieurs années, croyant ces cas syphilitiques, il les a traités » par l'usage du mercure, et non sans succès. Le petit » cercle de l'iris et le bord de la pupille, ajoute-t-il, » sont souvent parsemés de ces petites papules ou pustules d'un jaune-rougeâtre, qui sont si caractéristiques de l'iritis syphilitique. Ce n'est qu'après que » plusieurs malades se furent présentés à nous avec la » maladie évidemment à son déclin et avec la pupille » en train de s'éclaircir, l'affection ayant duré deux » ou trois semaines sans que les malades eussent pris » un seul grain de mercure et quelquefois sans qu'ils » eussent fait aucun traitement de quelque valeur, » que je reconnus mon erreur et que je fus convaincu » que le mal n'était point syphilitique. »

Il est évident que nous ne pouvons admettre de semblables idées théoriques reposant tout au plus sur une vague analogie de symptômes. Que peut être une

entité morbide, ressemblant sous beaucoup de rapports à la syphilis, comme le dit Mackenzie, sans en reconnaître la cause, sans en présenter les phénomènes si caractéristiques, guérissant enfin par les moyens les plus vulgaires? Ce n'est pas la syphilis, à coup sûr, mais ce n'est pas non plus une pseudo-syphilis dont la création n'a eu évidemment pour origine qu'un diagnostic incomplet sinon rempli de fausses appréciations.

Citons d'ailleurs à ce sujet l'opinion de M. le professeur Thiry (1).

« Les iritis simples qui surviennent pendant la durée d'une syphilis n'ont rien de commun avec ces iritis pseudo-syphilitiques admises par plusieurs auteurs. Malgré la meilleure volonté, je n'ai jamais pu me faire une idée exacte de ce que pourrait être une pseudo-syphilis ou une iritis pseudo-syphilitique. Il n'y a pas de milieu, on est infecté de syphilis ou on ne l'est pas; ce n'est pas parce que l'on serait atteint d'une iritis qui aurait au premier abord une certaine ressemblance avec une iritis syphilitique que l'on est en droit de créer une dénomination vague et qui dans tous les cas ne possède aucune valeur, mais tend à perpétuer dans la science un système spéculatif contre lequel vous ne sauriez assez protester. »

(1) *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 224.

CHAPITRE XII.

De l'Iritis mercurielle.

Si nous avons repoussé l'existence de l'iritis pseudo-syphilitique, nous ne nous élèverons pas avec moins de force contre celle d'une phlegmasie iridienne provoquée par le mercure.

Cette opinion autrefois soutenue en Angleterre par Travers, était née de cette conclusion que l'iritis apparaissant souvent chez des sujets ayant déjà subi un traitement spécifique, n'en était qu'une conséquence. Elle est aujourd'hui rejetée à bon droit par la plupart des auteurs.

Nous lisons en effet dans Carron du Villards :

« Je n'irai pas plus loin sans protester contre
» l'opinion de ceux qui croient que le mercure peut
» produire sur l'iris des accidents qui ne sont que le
» résultat de la syphilis. J'ai visité avec soin les établis-
» sements où l'on emploie le mercure en grande quan-
» tité; j'ai vu les symptômes les plus effrayants pro-
» duits par l'action de ce métal, et jamais je n'ai vu
» d'iritis. J'ai examiné des mineurs qui vivent au
» milieu des vapeurs mercurielles; je me suis entretenu
» avec des médecins attachés depuis vingt ans à ces

» exploitations et jamais on n'a pu me donner un seul
» fait à l'appui de l'action du mercure sur l'iris. »

Ricord dit d'autre part :

« A l'époque de la réaction physiologique contre le mercure, on avait considéré l'iritis comme un accident dû à cet agent thérapeutique et non à la syphilis. Si l'on ne se rappelait toutes les exagérations, toutes les erreurs de ce temps, on aurait de la peine à comprendre une telle opinion en présence des faits innombrables dans lesquels on voit survenir la maladie en dehors de toute influence mercurielle, et dans lesquels on les voit guérir d'autant mieux et d'autant plus vite qu'on a recours à cet agent spécial dont il faut même alors user plus largement, à doses plus élevées et plus répétées, et quelquefois même jusqu'à la salivation inclusivement. »

Nous pourrions multiplier ces citations. A l'exemple de leurs auteurs nous rejeterons absolument comme une hypothèse gratuite l'opinion qui consiste à regarder l'iritis comme pouvant être un effet pathologique du mercure. L'iritis n'est pas plus mercurielle que les syphilides et autres manifestations diathésiques qui apparaissent plus ou moins longtemps après un traitement mercuriel ; elle est comme ces derniers accidents une preuve de la non-extinction de la syphilis.

Le mercure à la vérité, administré sans motifs, sans discernement, peut amener des troubles graves dans l'économie. Par son action particulière sur le liquide sanguin, il détermine si son usage est prolongé et intempestif, un état de cachexie bien connu. S'il survient alors une cause accidentelle qui agisse sur l'iris comme puissance irritante, l'état cachectique, chloro-anémique de l'organisme pourrait faciliter l'apparition d'une

iritis (1), mais il est évident que la raison d'être de celle-ci se trouvera dans l'état constitutionnel, et non dans le mercure qui est parfaitement inoffensif à l'égard de l'iris.

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 233.

CHAPITRE XIII.

De l'iritis dépendant de la syphilis héréditaire

Si l'on en juge par le petit nombre de cas qui ont été rapportés, l'iritis serait une manifestation bien rare de la syphilis héréditaire. Il n'y a guère que les auteurs anglais qui en aient traité (1). M. J. Hutchinson dans un travail qu'il a publié sur ce sujet (2) a résumé les observations qui avaient paru avant lui, ainsi que celles qu'il a pu recueillir lui-même et s'élevant au nombre de dix. Il y en a seize en tout, et encore M. Hutchinson déclare-t-il que dans plusieurs de ces observations, la description des symptômes syphilitiques concomitants est très-incomplète; dans trois cas rapportés par lui d'après d'autres auteurs, la cachexie syphilitique manque.

Voici d'ailleurs les conclusions qu'il émet (3); « Quant » à la fréquence de l'iritis chez les enfants, on peut

(1) Lawrence, qui a rapporté la première observation; Jacob, Maunsell et Evanson, Walker, Dixon; ces auteurs en ont publié cinq.

(2) *Ophthalmic hospital reports and journal of the royal London ophthalmic hospital*, vol. I, p. 191-203. — *Annales d'Occulistique*, t. 41, 1851, où ces observations ont été publiées.

(3) *Annales d'Oculistique*, tome 41, p. 82.

„ admettre sans difficulté que cette affection constitue „ le symptôme le plus rare de la syphilis héréditaire. „ Je suis convaincu toutefois, qu'elle passe souvent ina„ perçue. L'absence de la zône scléroticale, le peu de „ symptômes locaux qu'elle détermine, l'habitude qu'ont „ les nouveaux-nés de tenir les yeux fermés, rendent „ bien compte de ce fait. „

Voicí d'autre part ce qu'écrit M. Thiry :

« L'iritis peut être l'effet de la syphilis héréditaire comme de la syphilis acquise; des auteurs croient que la syphilis se localise fréquemment dans l'iris; je ne puis partager cette opinion, vu que dans le grand nombre de syphilis héréditaires que j'ai été à même d'observer, je n'ai pas encore constaté un cas d'iritis. „

—

CHAPITRE XIV.

Traitement.

Le traitement de l'iritis syphilitique comprend trois indications essentielles :

1° Combattre la diathèse, c'est-à-dire modifier l'économie par une médication appropriée et la débarrasser entièrement de l'élément d'infection.

2° Combattre les symptômes réactionnels.

3° Prévenir la formation des adhérences, et à plus forte raison l'oblitération de la pupille.

Nous traiterons successivement de ces trois points.

§ 1er. TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE.

Les limites de ce travail ne nous permettent pas d'entrer dans l'examen des différentes méthodes qui ont été successivement vantées pour la guérison de la syphilis constitutionnelle. Une telle étude trouverait plutôt sa place et sa raison d'être dans l'histoire complète de la diathèse. Nous nous contenterons donc de parler des deux agents qui, dans ces derniers temps, ont surtout été préconisés et comptent encore le plus de

partisans, c'est-à-dire le mercure et l'iodure de potassium. Nous dirons enfin quelques mots des préparations d'or et de la térébenthine qui ont été proposées aussi dans le traitement de l'iritis syphilitique.

L'emploi de l'iode comme spécifique de la syphilis remonte au commencement de ce siècle. Après différentes tentatives faites par quelques médecins, Wallace, de Dublin, publia en 1836, une série d'observations par lesquelles il prétendait démontrer que l'iodure de potassium était aussi utile que le mercure dans le traitement de la syphilis constitutionnelle (1).

Ces expériences furent reprises par d'autres praticiens, entre autres par Ricord qui établit cette manière de voir que « le mercure serait le véritable spécifique des accidents secondaires, tandis que l'iodure de potassium n'aurait d'efficacité que dans les accidents tertiaires. »

Mais quelque temps après (2) parurent les résultats des expériences que M. Melsens entreprenait sur l'iodure de potassium pour combattre les affections mercurielles et saturnines. Ces expériences avaient pour but de prouver que cet agent médicamenteux possédait la propriété d'éliminer de l'économie par les urines les composés mercuriels et plombiques. Elles réussirent complétement et M. Melsens proposa l'emploi de l'iodure potassique dans le traitement des intoxications mercurielles et plombiques, se fondant sur les nom-

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales* t. IV, p. 157.

(2) Les premières expériences de M. Melsens sur l'emploi de l'iodure de potassium dans les affections métalliques, datent de 1843.

breux cas de guérison qui avaient été obtenus (1). Aucun fait contradictoire n'est d'ailleurs venu infirmer les succès du début.

Or cette action de l'iodure de potassium peut-elle jeter quelque lumière sur la manière dont il agit dans le traitement de la syphilis ?

D'après la plupart de ses partisans eux-mêmes, il n'a d'action dans la diathèse que contre ce qu'ils nomment les accidents tertiaires, et qui ne sont autres que les phénomènes ultimes de la maladie qui se perpétue dans l'économie en produisant des manifestations de plus en plus profondes dans les tissus. Mais ces accidents n'étant aussi que l'expression de la syphilis, pourquoi l'iodure de potassium aurait-il plus de puissance sur eux que sur ceux de même nature qui les ont précédés ? Pour démontrer son efficacité comme spécifique de la syphilis, il faudrait prouver qu'elle existe contre tous les accidents de la diathèse, récents ou tardifs.

Mais si cet agent thérapeutique est impuissant contre l'élément diathésique de la syphilis, s'ensuit-il qu'il ne puisse rendre de services dans des syphilis anciennes ou récidivantes, où l'organisme a pour ainsi dire été saturé de mercure par les traitements antérieurs ?

Voici l'opinion exprimée à ce sujet par M. Thiry qui a élucidé la question de l'inefficacité de l'iodure de potassium contre la syphilis (2) :

« Des praticiens, dans l'iritis syphilitique, adminis-
» trent indifféremment l'iodure de potassium ou les

(1) *Annales de chimie et de physique*, 3e série, t. XXVI.
(2) *Traité d'ophthalmologie*, 2e partie, p. 234.

» préparations hydrargiriques; une telle manière de » faire constitue une grosse erreur thérapeutique. » L'expérimentation clinique m'a démontré que l'io- » dure potassique ne guérissait pas la vérole; il ne » guérirait donc point l'iritis syphilitique. Est-ce à dire » qu'il faille absolument rejeter cette préparation du » traitement de la syphilis et de l'iritis syphilitique? » Nullement, mais il faut en déterminer exactement les » applications. L'iodure de potassium insuffisant dans » les syphilis franches qui n'ont pas encore été tour- » mentées par des traitements incomplets ou mal » dirigés, devient un excellent auxiliaire dans les cas » où le mercure a été administré en grande quantité et » pendant longtemps sans aboutir à une guérison » radicale, dans les cas de récidives et dans ceux où le » mercure aurait exercé une action toxique. L'iodure » de potassium est surtout un correctif du mercure; » comme tel il vous rendra de grands services; seule- » ment vous aurez à décider si vous devez le prescrire » seul ou conjointement avec une préparation mercu- » rielle. »

Il s'en suit donc que l'iodure de potassium agirait surtout en éliminant le mercure de l'économie et en faisant disparaître les phénomènes d'intoxication auxquels celui-ci aurait donné lieu; si l'on considère d'autre part que beaucoup de partisans de l'iodure potassique ne lui accordent d'efficacité qu'après l'administration préalable du mercure, on peut s'expliquer jusqu'à un certain point ce que l'on doit attendre de son action dans le traitement de la syphilis.

Dans l'état actuel de la science, nous considérerons donc le mercure comme formant la base du traitement

spécifique des diverses manifestations de la syphilis constitutionnelle. Presque toutes les préparations mercurielles, et elles sont nombreuses, ont été employées dans ce but et ont trouvé leurs partisans. Nous ne nous occuperons que des plus usitées encore aujourd'hui, le calomel et le protoiodure de mercure, parmi les composés insolubles dans l'eau; le sublimé corrosif et le cyanure de mercure parmi les composés solubles.

Les auteurs anglais et notamment Mackenzie, Lawrence, Middlemorre, Warton Jones, recommandent le calomel, mais non comme altérant à doses fractionnées, mais à doses perturbatrices de façon à en saturer la constitution toute entière et à affecter manifestement la bouche (1).

D'autres praticiens l'employent à doses fractionnées. Mais si l'on réfléchit à la rapidité avec laquelle le calomel amène la salivation et parfois après l'administration des plus faibles doses, il y a à redouter que l'on ne soit souvent contraint de suspendre le mercure alors qu'une longue administration est nécessaire contre l'infection générale pour éviter les récidives. Nous dirons en effet que l'action que le mercure produit sur les glandes salivaires, les gencives et la langue, n'exprime pas un effet thérapeutique, mais toxique, et que le ptyalisme doit être soigneusement évité dans le traitement de la syphilis; au lieu de favoriser sa guérison il l'entrave et la retarde (2). Il est bien vrai

(1) Mackenzie, *Maladies des yeux*, t. II, p. 24.

(2) Nous lisons à ce sujet l'opinion exprimée par Ricord dans ses leçons sur le chancre, rédigées et publiées par le Dr A. Fournier. (Paris, 1860. 2e édition).

« Le temps n'est pas encore bien loin de nous, où l'on regardait la salivation comme utile, comme indispensable à la curation de la

que sous l'influence révulsive du ptyalisme, les altérations syphilitiques peuvent paraître se ralentir dans leur développement en se dégageant des complications congestives et inflammatoires qu'elles peuvent entraîner, et en imposer ainsi aux esprits superficiels; mais ce qui est certain, c'est que la salivation n'est pas un moyen favorable à la guérison de la syphilis. Les auteurs qui la considéraient comme utile, émettaient une assertion dangereuse au point de vue pratique, et erronée au point de vue scientifique. C'est sous le règne de ces idées que l'on vit surgir ces accidents hydrargiriques effrayants qui méconnus dans leur véritable nature et mis sur le compte de la syphilis, cédèrent à

vérole, où le médecin la consultait comme la boussole du traitement (Astruc, livre IV), et la provoquait pour l'entretenir, et la renouvelait à peine éteinte, dans cette pensée que le virus syphilitique était entraîné au dehors par la salive perdue. Ces croyances, Messieurs, ces pratiques que nous ont laissées nos pères, funeste héritage trop complaisamment recueilli par quelques modernes, ont certainement contribué à semer dans le peuple cette terreur du mercure qu'ont exploitée et qu'exploiteront encore aux dépens des malades, les charlatans de tous les siècles. Il faut donc attaquer de front ces vieilles doctrines.

Sachez-le bien, Messieurs, et retenez ceci pour le répéter hautement et partout : le mercure n'agit pas sur la vérole par les désordres qu'on peut lui faire produire sur la constitution; son influence médicatrice ne se mesure pas à ses effets pathologiques. Loin de là, la proportion inverse serait plus près de la vérité.

Quelle que soit la théorie qu'on adopte sur l'action curative du mercure (et chaque école l'a expliquée à sa façon) il est incontestable que son influence spécifique sur la syphilis ne saurait jamais être attribuée à l'exagération de certains de ses effets, tels que la fièvre, l'augmentation de la sécrétion urinaire, les évacuations alvines, les irritations cutanées, la salivation, etc. Hunter a proclamé cette vérité depuis longtemps. Que n'a-t-elle passé, pour le bien des malades et l'honneur de notre art, dans l'esprit et la pratique des médecins qui sont venus après lui. »

l'action thérapeutique de l'iodure de potassium, et firent à celui-ci une réputation non motivée d'agent antisyphilitique. On comprend en effet que les accidents hydrargiriques étant regardés comme syphilitiques, s'aggravent par l'administration du mercure, tandis qu'ils s'améliorent rapidement et guérissent par l'usage de l'iodure de potassium.

Pour en revenir à l'emploi du calomel, nous ajouterons que si son action révulsive et dérivative sur le canal intestinal, sur les glandes salivaires et la muqueuse buccale est parfois utile dans l'iritis simple, son importance n'est plus la même dans l'iritis syphilitique. C'est à l'élément diathésique que le traitement spécifique s'adresse surtout, et comme il doit être continué assez longtemps pour que tout le germe d'infection ait disparu, le mercure devra être administré de façon à ménager le plus possible les voies digestives et à n'agir que par absorption. Or ce résultat ne peut être atteint par l'administration du calomel, et en règle générale nous n'y aurons recours que dans les cas où l'iritis syphilitique débutant avec des symptômes phlegmasiques plus ou moins intenses, il pourrait être utile de provoquer une action dérivative sur l'intestin.

Ce que nous venons de dire du calomel peut aussi s'appliquer au proto-iodure de mercure que Ricord surtout a mis en honneur. Il faut se méfier des accidents qu'il détermine du côté de la bouche, car il marche à l'égal du calomel pour la facilité de produire la stomatite spéciale à cause des doses élevées que l'on est obligé d'administrer.

Le sublimé corrosif ne présente pas ces inconvénients et c'est à cette préparation que nous donnerons la préférence, son emploi ayant conquis la sanction du temps

et de l'expérience par les nombreux succès qu'elle a donnés (1).

Ce composé, un des plus puissants sels mercuriels, est en effet directement soluble, et pénètre facilement par absorption dans le système sanguin. Chez la plupart des sujets, contrairement à ce qui se passe avec le calomel et le plus grand nombre des sels de mercure, l'usage du sublimé peut être continué presque indéfiniment sans déterminer ni stomatite ni salivation. C'est ce qui le rend précieux dans toutes les formes et à toutes les périodes de la syphilis.

Une des conditions essentielles de sa réussite, c'est qu'il n'irrite point les voies digestives en sa qualité de poison corrosif. Cette irritation a en effet deux sortes d'inconvénients; il peut en résulter une inflammation chronique de la membrane muqueuse, et dans le cas où la préparation mercurielle produit de la diarrhée, elle n'est pas absorbée en totalité et par conséquent n'a plus les propriétés altérantes que l'on voudrait utiliser.

Pour éviter cette action du sublimé, l'expérience a prouvé qu'il ne fallait le donner qu'à doses très-fractionnées, et en second lieu qu'il était convenable de l'associer à l'opium afin d'une part, de neutraliser l'action irritante et d'autre part, d'empêcher la diarrhée. Ce mode d'emploi permet de multiplier son administration dans les vingt-quatre heures, de manière à rendre son action soutenue et persistante au même degré de puissance.

Nous dirons encore quelques mots du cyanure de mercure qui a été employé par Chaussier, Borda,

(1) Thiry, *ophthalmologie*, 2e partie, p. 233.

Parent de Picpus. A Bruxelles, il a été mis en usage par M. le professeur Thiry qui, d'après ses expériences et les succès qu'il en a obtenus, considère cette préparation comme possédant une grande énergie antisyphilitique (1).Elle réussit là où le sublimé est impuissant et convient spécialement dans les syphilis anciennes dont l'action s'est portée sur la nutrition et sur le système nerveux. Il agit comme le sublimé à des doses très-fractionnées et ne produit pas de salivation.

Ces considérations générales énoncées sur le traitement spécifique de l'iritis syphilitique, nous le formulerons de la manière suivante :

1o Le deuto-chlorure de mercure, étant soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, peut être administré dans l'un de ces trois véhicules ou bien en substance dans une masse pilulaire.

En solution on prescrit généralement la liqueur de Van Swieten. (Un gramme de sublimé préalablement dissout dans 100 grammes d'alcool, puis dilué dans 900 grammes d'eau).

En pilules, on donne souvent celles qui sont connues sous le nom de pilules de Dupuytren, renfermant chacune cinq milligrammes de sublimé, un centigramme d'extraît d'opium, et quantité suffisante d'extrait de gayac. On les administre à la dose d'une à quatre par jour, suivant l'état des organes digestifs, dans un verre de décoction de salsepareille.

En général on ne dépassera pas la dose de deux à trois centigrammes de sublimé par jour; c'est le meilleur moyen de le faire tolérer longtemps, comme cela est souvent nécessaire.

(1) *Presse médicale*, 1871, nº 11, p. 95,

2° L'action du sublimé peut être renforcée de la manière la plus avantageuse par les frictions à l'onguent mercuriel double sur les membres, l'absorption de l'agent spécifique se faisant également par la voie cutanée et sans produire d'action sur les organes digestifs.

Le traitement de la syphilis par les frictions jouissait autrefois d'une grande réputation. Il fut remis en honneur par Louvrier en 1819 (1), et Rust (2). A Bruxelles elles sont employées avec succès depuis plus de vingt-cinq ans par M. le professeur Thiry.

Ces frictions sont pratiquées à la partie interne des membres, successivement aux membres supérieurs et aux membres inférieurs; une dose de deux à quatre grammes d'onguent mercuriel double peut suffire pour chaque friction, et on les renouvellera tous les deux jours.

3° L'expérience a prouvé que les sueurs provoquées au moyen des bains chauds, étaient extrêmement propres à prévenir la salivation par le mouvement diaphorétique qui en résulte et qui s'oppose à ce que le mercure s'accumule trop longtemps dans l'économie et y exerce une action délétère. On les emploiera donc avec avantage, et après deux frictions c'est-à-dire au bout de quatre jours, le malade prendra un bain général.

4° Le mercure absorbé altère profondément la nutrition, fait baisser le chiffre des globules du sang, diminue la quantité d'albumine et le degré de coagulation de la fibrine (3). Cette action altérante commande

(1) *Darstellung syphillistischer krankheits formen*, Vienne, 1819.
(2) Rust, *Ueber die heilkraeft der Quecksilberein reebungen*, vol. I, p, 234.
(3) Follin, *pathologie interne*, tome I, p. 753.

au médecin d'insister sur la nécessité d'une alimentation suffisamment réparatrice, quoique donnée à doses modérées, en petite quantité à la fois, de manière à ménager l'activité des fonctions digestives (1).

Le traitement de la syphilis repose en effet sur un grand principe de physiologie, modifier le mouvement de composition organique en détruisant le principe infectieux, et pour arriver à ce résultat activer le mouvement de décomposition pour recomposer l'organisme sur de nouvelles bases.

Le malade devra éviter les causes de diminution des forces et tout écart de régime.

5° Les accidents déterminés par le mercure et la salivation entre autres, sont accélérés, augmentés et entretenus par une température froide. On recommandera donc au malade de rester autant que possible dans une température douce et égale et de porter des vêtements chauds.

6° Si malgré l'administration méthodique des préparations mercurielles, la salivation apparaissait, on s'efforcerait de la maintenir dans de justes limites en donnant le chlorate de potasse concuremment ou alternativement avec les préparations mercurielles. On suspendrait même momentanément le traitement spécifique si la salivation prenait une extension menaçante; on le reprendrait ensuite jusqu'à guérison complète de la diathèse.

Dans tous les cas, le mercure devra être continué pendant longtemps, non-seulement afin d'arrêter l'iritis et d'en faire disparaître les effets, mais surtout pour que la syphilis soit complètement guérie. Ainsi que

(1) Thiry, *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 234.

nous l'avons vu en parlant des récidives de l'iritis syphilitique, la disparition de celle-ci ne doit pas être considérée comme la preuve que la constitution est débarrassée du principe diathésique; d'un autre côté il peut arriver que l'affection constitutionnelle ait disparu ou paraît du moins avoir disparu, quoiqu'il reste encore dans l'iris des germes de l'élément infectant qui plus tard pourront de nouveau menacer l'œil et la constitution.

Se basant sur la statistique des nombreux cas qu'il a observés, M. Thiry est arrivé à cette conclusion que quatre-vingt-dix fois sur cent, c'est l'induration initiale qui se résout la dernière, et qu'en général c'est elle qui est le critérium de la guérison de la syphilis (1).

Nous avons vu ce qu'il fallait penser de l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de l'iritis syphilitique, et quand il pouvait être utilement administré soit seul, soit associé au mercure. M. Thiry emploie ordinairement cette préparation conjointement avec le deuto-iodure de mercure dans ces cas mixtes où il y a eu des accidents mercuriels et où cependant les manifestations syphilitiques ne sont pas encore éteintes (2).

Nous citerons encore comme ayant été vantées pour combattre l'iritis syphilitique *les préparations d'or et la térébenthine.*

Les premières ont été préconisées par plusieurs praticiens, entre autres Chrestien, de Montpellier (3), Gozzi, de Bologne, Niel et Legrand de Paris. Des observations de guérison d'iritis spécifique par ces moyens ont été

(1) *Ophthalmologie*, 2e partie, p. 228.
(2) *Presse médicale*, N° 11, page 95. 1871.
(3) *De la méthode Iatraleptique*, etc., Paris, 1811.

rapportées, entre autres par le docteur Ducros (1) qui préconisait le cyanure d'or à l'intérieur et en onctions autour de l'orbite, Mais les expériences qui ont été faites ne sont ni assez concluantes ni assez probantes pour que l'on puisse substituer l'or au mercure dans la thérapeutique des manifestations syphilitiques.

Nous en dirons autant de la térébenthine, préconisée par Hugh Carmichael, de Dublin, qui prétend avoir fait disparaître l'iritis syphilitique par ce médicament. Hoering (de Ludwigsbourg (2) rapporte avoir guéri avec l'huile de térébenthine une iritis syphilitique qui avait résisté au mercure et à l'iodure de potassium. En présence de ces affirmations, on est en droit de se demander si ces auteurs n'ont pas confondu d'autres variétés d'iritis avec l'iritis syphilitique, car il est hors de doute que la térébenthine qui ne possède aucune propriété thérapeutique contre la syphilis, ne peut en avoir davantage contre la manifestation de cette diathèse dans l'iris.

---

§ 2. — TRAITEMENT DES SYMPTOMES RÉACTIONNELS.

Nous avons vu que les phénomènes inflammatoires déterminés par le développement des localisations syphilitiques dans l'iris, variaient beaucoup d'intensité suivant les cas. C'est cette intensité de la phlegmasie qui servira de base au traitement de ses symptômes.

Il sera général et local suivant les indications.

(1) *Annales d'oculistique*, tome XI, p. 92, 1844.
(2) *Annales d'oculistique*, tome XXX, p. 158.

1° *Traitement général.*

Si le sujet chez lequel apparaît l'iritis syphilitique est fort, pléthorique; si la phlegmasie iridienne détermine une réaction fébrile intense, la première indication à remplir sera de pratiquer une saignée. Celle-ci répondra non-seulement à une indication générale, mais elle secondera puissamment les antiphlogistiques locaux qu'on se trouvera dans la nécessité d'employer. Elle activera le mouvement de résolution et contribuera aussi à prévenir les complications congestives et inflammatoires qui auraient de la tendance à s'établir dans les autres parties de l'œil.

Dans cette même période de début et dans les conditions de réaction générale que nous avons indiquées, les purgatifs et les nauséeux pourront aussi trouver leur emploi.

En effet, s'il existe des symptômes d'hypérémie gastrique caractérisée par l'état saburral des voies digestives, des nausées; si le pouls reste dur et large et que la céphalalgie persiste, l'émétique sera avantageusement administré. Il agit à la fois comme calmant et antiphlogistique; il préparera en outre l'organisme au traitement spécifique en mettant les voies digestives dans la situation nécessaire à la tolérance des préparations mercurielles.

Si l'on juge nécessaire d'exercer une révulsion sur le tube intestinal pour compléter la médication antiphlogistique, on pourra avoir recours au calomel, soit seul, soit combiné à d'autres purgatifs; les mercuriaux employés comme antiphlogistiques remplissent déjà l'indication antisyphilitique.

Nous avons vu que l'iritis syphilitique était parfois

sujette dans sa marche à des rémissions et à des réactions marquées, surtout le soir et pendant la nuit, et caractérisées spécialement par une aggravation des symptômes douloureux. Dans ces cas, le sulfate de quinine administré à haute dose réussira souvent, mais on le donnera de préférence en lavement pour éviter son action sur les voies digestives.

2o *Traitement local.*

Si la congestion oculaire caractérisée par les phénomènes objectifs et subjectifs que nous avons décrits, est intense, si les douleurs sont vives, profondes, on aura recours aux émissions sanguines locales. On appliquera des sangsues aux tempes, aux ailes du nez, ou bien l'on pratiquera des scarifications nasales s'il ne faut qu'une évacuation sanguine modérée.

On pratiquera au pourtour de l'orbite, sur le front et les tempes, des frictions avec de l'onguent napolitain uni à la belladone où à la jusquiame. Ces frictions tout en contribuant à l'action du traitement spécifique général (1) concourent également à l'action résolutive que l'on recherche par les émissions sanguines, et en outre elles parviennent souvent à calmer les douleurs. Ces onctions seront renouvelées matin et soir.

Mackenzie recommande aussi pour combattre les douleurs, lorsqu'elles sont très-vives et reviennent périodiquement, les frictions opiacées pour lesquelles

(1) Wecker cite une dame qui fut prise de salivation après une seule application d'une petite quantité de pommade mercurielle sur le front, (*Maladies des yeux*, tome I, p. 398.)

on choisira suivant les circonstances le laudanum, l'opium humecté, l'onguent mercuriel opiacé (1).

Nous avons vu en parlant du traitement général que l'administration du sulfate de quinine peut être fort utile dans ces cas d'exacerbations qui se produisent le soir et la nuit.

Lorsque malgré la médication antiphlogistique les phénomènes réactionnels locaux persisteront avec une certaine intensité, on pourra recourir aux vésicatoires, cautères, séton à la nuque. Le vésicatoire pourra aussi être mis en usage dans les cas d'insomnie, d'agitation nerveuse, de céphalalgie vive; mais alors on les placera avec avantage derrière les oreilles, et l'on pourra même suivant les circonstances, en saupoudrer la surface avec de l'acétate de morphine.

§. 3.

Une des premières indications du traitement de l'iritis syphilitique comme de toute variété de phlegmasie iridienne, c'est de mettre l'organe malade dans le repos le plus complet. Les efforts continuels de contraction auxquels l'iris est sujette, lorsque l'œil reste exposé aux variations de la lumière, ne pourraient avoir qu'une action très-défavorable sur son tissu enflammé. Aussi les mydriatiques, surtout le sulfate d'atropine sont du meilleur effet, et ce traitement doit être avant tout autre rigoureusement observé. On ne le suspendra même que plusieurs semaines après la guérison complète.

(1) Mackenzie, ouvrage cité, p. 24.

Outre le repos qu'elle donne au tissu malade, l'action de l'atropine est complexe :

1°. Par la dilatation de la pupille, on éloigne le bord pupillaire du contact de la capsule antérieure et on prévient la formation des adhérences.

2°. Lorsque les synéchies sont déjà constituées et qu'elles ne sont pas très-anciennes, on arrive à les rompre en partie ou en totalité.

3°. L'atropine possède aussi une influence antiphlogistique en ce sens que l'iris une fois dilaté, le volume des vaisseaux est diminué ainsi que la quantité de sang qu'ils peuvent contenir.

4° Les installations d'atropine sont encore d'un excellent effet pour calmer les douleurs.

Il résulte de cette action de l'atropine que son usage convient à toutes les périodes du mal.

On prescrit l'atropine (1) en collyre à la dose de cinq centigrammes peur dix grammes d'eau distillée. On instillera dans l'œil une goutte de ce collyre de quatre à huit fois par jour. D'après Wecker, les instillations plus fréquentes, sont inutiles et nuisibles, car elles privent alors le malade d'une condition hygiénique capitale en lui enlevant son repos.

Comme nous l'avons dit, on continuera l'emploi de l'atropine plusieurs semaines après la disparition de tout symptôme inflammatoire, soit dans le but de déchirer des synéchies qui ont résisté jusques là, soit pour prévenir les contractions fatigantes et nuisibles de l'iris.

Le repos plus ou moins complet de l'œil malade secondera évidemment cette partie importante du trai-

(1) On prescrit le sulfate neutre.

tement. Tout travail exigeant une application des yeux, devra être interdit comme pouvant exagérer leur irritabilité. Cette précaution sera d'autant plus nécessaire que l'œil malade étant très-sensible à la lumière et la pupille dilatée par la belladone, aucun travail ne serait possible. Tout est d'ailleurs subordonné aux indications.

—

Résumé du traitement. — Ce qui domine la thérapeutique de l'iritis syphilitique, c'est le traitement spécifique. Nous avons vu avec quelle persistance il faut l'employer pour éviter les récidives.

Il sera secondé par le traitement antiphlogistique, s'il est indiqué. La saignée est rarement nécessaire ; la plupart du temps, les émissions sanguines locales, même très-modérées, suffisent au début du traitement; enfin souvent encore on ne doit même point y avoir recours.

Le traitement antiphlogistique sera complété suivant les cas par l'émétique, par les purgatifs et en particulier le calomel; enfin les frictions mercurio-belladonées périorbitaires seront toujours mises en usage.

Les révulsifs cutanés, vésicatoires, cautères, séton, sont quelquefois, mais rarement, indiqués.

Le sulfate de quinine est parfois utile pour combattre les exacerbations.

L'atropine en collyre sera mise en usage dès le début du traitement. Enfin celui-ci sera complété et secondé par le régime du malade et le repos de l'organe affecté.

OBSERVATIONS.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Iritis syphilitique récidivante. Tumeur néoplastique spécifique dans le champ pupillaire servant seule à diagnostiquer cette affection. Traitement mercuriel, guérison (1).

L'iritis syphilitique n'est autre qu'une manifestation de la syphilis constitutionnelle, ayant pour caractère essentiel de reproduire, dans ses altérations anatomiques, l'induration initiale (syphilioma) d'où elle procède et de provoquer des symptômes réactionnels plus ou moins intenses, subordonnés à la grande sensibilité de l'iris et à la période du mal.

Un des caractères de l'iritis syphilitique, c'est de récidiver fréquemment. Les récidives de cette iritis arrivent dans deux circonstances différentes. Ou bien l'iritis peut être radicalement guérie, mais les dernières racines du mal ne sont pas extirpées du reste du corps,

(1) Observation et considérations par M. le docteur Fonck, Interne. *Presse Médicale belge*, 1868, n° 37, p. 293.

l'induration initiale par exemple, n'est pas entièrement effacée. Dès lors, le sujet est sous le coup d'une nouvelle intoxication qui se produira infailliblement; dans ce cas, rien n'empêche que l'iris une première fois atteint ne le soit une seconde. Ou bien il arrive que la syphilis a été chassée de l'organisme, l'induration initiale a disparu, mais les manifestations spécifiques de la vérole n'ont pas abandonné entièrement l'iris où elles se dissimulent aisément. Le diaphragme iridien en apparence a repris son état normal, mais dans son parenchyme, en quantité infinitésimale peut-être, restent cachés quelques éléments du néoplasme spécifique. Au bout d'un certain temps ces éléments prolifèrent, grandissent, menacent de nouveau l'intégrité de la vision et peuvent, si on leur en donne le temps, réinfecter la constitution.

Ces considérations que nous empruntons à une leçon de M. Thiry, viennent de recevoir une entière confirmation. C'est en nous basant sur les principes qu'elles renferment que nous avons pu diagnostiquer la nature syphilitique d'une affection oculaire que nous avons eu occasion d'observer récemment à l'hôpital St-Pierre, et dont voici l'historique.

V.... D.... âgée de 22 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution peu vigoureuse, entre à l'hôpital St-Pierre le 15 juin 1868.

Elle est atteinte d'un chancre à la petite lèvre gauche en pleine période d'activité. En dehors de ce chancre, sa santé est excellente, toutes les fonctions s'exécutent bien, ses yeux sont en apparence très-sains et la vue excellente.

Le chancre est traité par des cautérisations fréquemment répétées; l'isolement des surfaces et les panse-

ments de l'ulcère sont pratiqués avec des tampons de ouate imbibés de vin aromatique. Cette médication produit un résultat prompt et décisif. Le chancre fut bientôt transformé en ulcère simple, et au bout de quinze jours la cicatrisation était complète, sans la moindre induration et sans que l'on eut à redouter la moindre influence constitutionnelle.

Comme d'habitude, cette fille restait en observation afin de pouvoir s'assurer de la solidité de sa guérison; elle attendait de jour en jour sa sortie de l'hôpital, lorsque le 3 juillet, sans cause appréciable, nous vîmes se développer chez elle une affection oculaire grave, jetant une grande perturbation dans ses fonctions visuelles. Cette affection n'était rien autre chose qu'une iritis présentant les caractères suivants : injection très-prononcée de la conjonctive oculo-palpébrale droite, zône périkératidienne violacée, diminution de la transparence du liquide de la chambre antérieure, trouble dans la coloration de l'iris, qui est irrégulière, déformée; *petite tumeur exsudative, arrondie, du volume d'une forte tête d'épingle, d'un blanc jaunâtre et d'aspect éburné; cette petite tumeur obstrue en grande partie le champ pupillaire.* Épiphora, photophobie peu vive, vision difficile, céphalalgie susorbitaire faible et symptômes réactionnels peu marqués.

De quelle nature était cette iritis? Telle était la question qu'il importait de résoudre immédiatement pour appliquer un traitement efficace et éloigner ainsi tout danger.

Au point de vue de la cause, nous n'en trouvions point d'immédiate ; cette fille n'avait pas été exposée au froid, et puis les caractères anatomiques de l'iritis ne nous permettaient pas d'invoquer une simple cause

irritante. Elle a eu un chancre, mais ce chancre s'était terminé par cicatrisation nette; de ce chef il n'y avait pas lieu d'invoquer l'influence d'une syphilis impossible. En supposant même l'existence de cette syphilis, l'iritis n'aurait pas été sa première et seule révélation, il y aurait eu d'autres manifestations antérieures.

En analysant les altérations pathologiques, nous trouvions qu'elles étaient dominées par la tumeur du champ pupillaire; c'est elle qui s'était produite en premier lieu, les accidents phlegmasiques en avaient été la conséquence. Son développement s'était opéré lentement, sourdement, à notre insu ainsi qu'à celui de la malade; arrivée à un volume trop considérable, des symptômes inflammatoires avaient surgi dans les parties environnantes et déterminé l'état actuel.

La tumeur du champ pupillaire, à toute évidence, renfermait la solution du problème. Ses caractères physiques portèrent M. Thiry à penser qu'elle se rattachait à une syphilis constitutionnelle antérieure. Cette fille devait avoir été atteinte jadis d'iritis syphilitique. Cette iritis n'avait pas été radicalement guérie. Des éléments de cette diathèse, cachés dans le parenchyme iridien, reprenaient aujourd'hui force et vigueur et produisaient cette iritis récidivante, dont nous avons indiqué le mécanisme en commençant la relation de cette observation. D'après cette interprétation tout s'expliquait; on comprenait comment la constitution de cette fille était indemne de toute manifestation vérolique, et comment l'iris seule présentait des altérations que l'on n'observe que dans la syphilis, c'est-à-dire la reproduction du syphilioma. Avec du temps l'affection iridienne aurait réinfecté l'organisme tout entier.

Les renseignements donnés par la malade vinrent justifier cette manière de voir découlant de l'analyse des faits.

Elle nous dit en effet, que quatre à cinq mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait souffert d'une affection assez grave du même œil, caractérisée par des symptômes encore plus intenses que ceux dont elle se plaint actuellement. Parmi ces symptômes elle signale particulièrement la céphalalgie, la photophobie et l'épiphora. Incontestablement cette affection était une iritis. — Elle ne nous éclaire pas sur les circonstances qui auraient pu donner un supplément d'authenticité à notre diagnostic, mais le traitement mis en usage parle assez clairement. En effet, elle nous raconte que pendant très-longtemps, elle a dû prendre l'iodure de potassium et la tisane de salsepareille pour vaincre l'obstination du mal. Celui-ci a paru céder, tous les symptômes visibles ont disparu, mais le traitement prescrit ayant été insuffisant et incomplet, un germe imperceptible est resté logé dans l'iris, et par la multiplication lente de ses éléments, a reproduit au bout de quatre mois le néoplasme syphilitique que maintenant nous avons à combattre.

Nous diagnostiquons donc une iritis syphilitique récidivante et nous prescrivons le traitement suivant. Comme il importait, pour favoriser l'action de la médication spécifique et prévenir toute conséquence fâcheuse qui pourrait naître des accidents inflammatoires, de faire disparaître au plus vite ces derniers nous faisons appliquer quatre sangsues à la région mastoïdienne droite; deux fois par jour, pendant dix minutes, frictions mercurio-belladonées périorbitaires; collyre au sulfate neutre d'atropine;

dix centigrammes de calomel deux jours de suite, le matin à jeun; le troisième jour 20 grammes de citrate de magnésie; enfin la malade est placée dans l'obscurité et soumise à un régime analeptique.

Ce traitement, rigoureusement suivi pendant trois jours, dissipe tous les symptômes inflammatoires; le néoplasme intra-pupillaire seul persiste et établit de la sorte sa différence d'origine et sa nature spécifique.

Le 8 juillet la médication antiphlogistique fut remplacée par le traitement antisyphilitique, nous prescrivons les pilules suivantes :

B.	Sublimé corrosif	0.25	centigrammes.
	Extrait gommeux d'opium .	0.50	»
	Extrait de gaïac	q. s.	»

pour faire 50 pilules.

La malade en prend quatre par jour dans un verre de tisane de salsepareille. Les frictions périorbitaires avec la pommade mercurio-belladonée sont continuées, ainsi que le collyre au sulfate neutre d'atropine. De plus, la malade se fait tous les deux jours une friction mercurielle de dix minutes sur la partie interne des membres; après deux frictions, elle prend un bain; régime réparateur.

Le traitement est fidèlement suivi jusqu'au 1er août, sans que rien nous force à l'interrompre. A cette date, le syphilioma iridien est complétement résorbé; le champ pupillaire est libre, la vision excellente; la malade sort de l'hôpital. Nous lui recommandons néanmoins de suivre encore son traitement pendant

une quinzaine de jours, pour éviter toute nouvelle récidive (1).

OBSERVATION II.

Iritis syphilitique. — Développement dans le parenchyme iridien du syphilioma sous forme d'une tumeur jaunâtre. — Traitement mercuriel. — Guérison.

S..., Cécile, âgée de 35 ans, servante, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 10 janvier 1866.

Cette femme atteinte de syphilis constitutionnelle, dont le début remonte à un an, présente une iritis à gauche. Outre les symptômes communs des iritis, l'affection est ici caractérisée par l'existence à la face antérieure de l'iris d'une tumeur rappelant par sa coloration celle d'une pomme à un degré peu avancé de maturité.

La vision est presque abolie de ce côté.

La malade est soumise dès son entrée au traitement mercuriel. (Pilules de Dupuytren, frictions mercurielles à la partie interne des membres, bains. On y joint les frictions mercurio-belladonées périorbitaires et le collyre au sulfate neutre d'atropine).

Elle sort guérie le 22 mai.

OBSERVATION III.

Iritis syphilitique. — Développement du syphilioma au rebord pupillaire sous forme de plusieurs petites tumeurs. — Traitement mercuriel. — Guérison.

V..., Elisabeth, âgée de 31 ans, d'un tempérament

(1) Ce cas remarquable a été suivi également par l'auteur de ce travail.

lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 24 mai 1867.

Cette fille placée d'abord dans les salles des vénériennes libres, comme atteinte de syphilis constitutionnelle, et soumise au traitement antisyphilitique, contracte une affection oculaire pour laquelle elle est renvoyée dans les salles des ophthalmiques, service de M. le Dr Thiry.

En fait de commémoratifs, la malade présente un chancre terminé par induration à la grande lèvre droite, syphilides papuleuses disséminées à la surface du corps, masque syphilitique, alopécie.

C'est l'œil gauche qui est entrepris. Les symptômes réactionnels sont assez intenses, la malade ressent des douleurs périorbitaires vives, l'épiphora, la photophobie sont très-marqués; il existe du blépharo-spasme.

Réaction fébrile, embarras des voies digestives.

Injection de la conjonctive óculaire et palpébrale, couronne vasculaire péricornéenne très-apparente, léger trouble de l'humeur aqueuse.

L'iris gauche a une coloration d'un jaune terreux, sale, contrastant avec la teinte grise de l'iris sain. Le bord pupillaire est déformé et présente *plusieurs petites tumeurs d'une coloration grisâtre* et qui font une légère saillie dans l'aire de la pupille.

La vision est considérablement diminuée de ce côté.

Traitement : L'hypérémie gastrique est combattue par la diète et l'administration d'un éméto-cathartique.

Collyre au sulfate d'atropine, frictions mercurio-belladonées au pourtour de l'orbite.

Lorsque l'embarras des voies digestives est dissipé, la malade est soumise au traitement antisyphilitique,

pilules de Dupuytren, frictions mercurielles sur les membres, bains, tisane de Feltz.

Le 29 juin la malade guérie de son affection oculaire, sort du service des ophthalmiques (1).

Observation IV.

Iritis syphilitique. — Développement du syphilioma sous forme d'une tumeur volumineuse arrivant presque à toucher la cornée. — Traitement mercuriel. — Guérison. (2).

Fanny X..., domestique dans un établissement de restaurateur du quartier du Palais-Royal, m'a été adressée le 2 avril 1847. Dix jours d'un traitement antiphlogistique et antisyphilitique suffirent pour le retour de la teinte normale de l'iris gauche, et la résolution complète *d'un énorme bourrelet tuberculeux d'un jaune-rougeâtre* qui, occupant les trois quarts au moins du cercle pupillaire de l'iris, touchait presque à la face postérieure de la cornée. L'iritis chez cette fille avait surgi comme accident concomitant des syphilides.

Chose remarquable! bien que l'intensité en fût très-grande, la malade n'éprouvait pas de douleur, jouissait d'un sommeil tranquille, et avait longtemps continué son service dans cet état; elle ne l'interrompit que sur mes instances.

(1) Cette observation ainsi que la précédente, sont extraites du registre d'observations des ophthalmiques, hôpital Saint-Pierre, service de M. le Dr Thiry.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1848, n° 1; sur les *Affections syphilitiques de l'œil*, par Ch. Deval.

Observation V.

Iritis syphilitique. — Développement sur le bord pupillaire du syphilioma sous la forme d'une élévation d'un jaune-rougeâtre. — Traitement mercuriel. — Guérison (1). (Planche 2, fig. 1).

Le 2 avril 1834, M. H..., militaire, âgé de trente-deux ans se présente à ma clinique. Il est affecté d'iritis de l'œil gauche avec déformation de la pupille, dont la partie supérieure interne forme un angle aigu dirigé fortement en haut et en dedans. L'iris par cela même est devenu plus étroit dans sa partie supérieure et interne; à la base de l'angle formé par la pupille existe une petite adhérence blanchâtre entre la marge pupillaire et la capsule cristalline. Tout l'iris est décoloré et a presque entièrement perdu sa texture striée, le petit cercle a pris une teinte violacée très-prononcée, tirant sur le cuivré; sur le bord pupillaire inférieur on reconnaît *une élévation rouge, jaunâtre dans quelques points, de la nature de celles que l'on a appelées condylomes de l'iris.* La cornée, la conjonctive et la sclérotique sont saines, il n'y a pas de photophobie. Le malade a tous les soirs, depuis neuf heures jusqu'àprès minuit des accès très-violents de douleur dans l'arc sourcilier et le front, au-dessus de l'œil malade. La vue est trouble.

Ces symptômes ne permirent pas de méconnaître une iritis syphilitique dont le diagnostic fut d'ailleurs confirmé par les commémoratifs.

(1) Cette observation, rapportée ici en résumé, est extraite de l'*Iconographie ophthalmologique*, du Dr Sichel, p. 126 ; planche XIII, fig. 3 et 4.

Traitement : saignée; application de vingt sangsues à l'apophyse mastoïde gauche; frictions mercurielles périorbitaires; calomel à dose altérante : un centig. avec autant d'opium brut six à huit fois par jour.

Le 9 avril, c'est-à-dire sept jours après, le malade se représente au docteur Sichel.

L'œil malade offre les symptômes suivants : injection conjonctivale; anneau rouge périkératidien; photophobie, larmoiement.

L'altération de la couleur et de la structure de l'iris a augmenté. Le grand cercle a pris une nuance plus verdâtre, le petit cercle une teinte violacée bien tranchée; leur surface a perdu son éclat vif et est devenue terne. Exsudation fibro-albumineuse à la surface de l'iris. L'élévation existant sur le milieu du bord pupillaire inférieur persiste, elle est moins circonscrite, plus floconneuse, d'une teinte plus rouge, jaunâtre à son sommet, et commence à ressembler plutôt à un abcès qu'à une végétation syphilitique. Déformation pupillaire; la pupille est en partie obstruée par la tumeur; la marge iridienne est bordée de stries blanches irrégulières, produites par l'épanchement d'une matière fibro-albumineuse sur la capsule du cristallin et à la face postérieure de l'iris.

La douleur frontale a diminué; la vue est presque nulle.

Sichel attribue l'apparition des symptômes réactionnels à un refroidissement résultant de ce que le malade se serait exposé à un courant d'air.

Traitement : Frictions mercurio-belladonées périorbitaires, calomel à l'intérieur et quelques jours après sublimé corrosif (5 milligrammes jusqu'à 2 à 3 centi-

grammes par jour). Tisane sudorifique de salsepareille et douce amère.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes ne diminuèrent que lentement. *L'élévation que je présumais être un abcès commençant ne se rompit point, elle s'affaissa et disparut insensiblement.*

Un an après, Sichel revit le malade ; il était parfaitement guéri ; le bord supérieur interne de la pupille conservait seul quelques inégalités blanchâtres.

Réflexion de l'auteur. Cette observation nous offre la marche caractéristique de l'iritis syphilitique. Développement lent, insidieux, presque dissimulé pour le malade, du syphilioma ; point de symptômes réactionnels si ce n'est la douleur nocturne ; un peu de trouble dans la vue. Puis apparaissent enfin les symptômes phlegmasiques, déterminés par la présence de l'altération syphilitique et qui, en peu de jours, acquièrent toute leur intensité. Cette observation nous montre aussi que la couleur jaune de la tumeur ne doit pas en imposer et la faire prendre pour un abcès.

OBSERVATION VI.

Iritis syphilitique. — Développement du syphilioma — Traitement mercuriel. — Guérison (1). *Planche II, fig.* 2.

Le 14 janvier 1840, M. C..., étudiant, âgé de vingt ans et demi, tempérament lymphatique, est présenté à M. Sichel.

(1) Cette observation est extraite de l'*Iconographie ophthalmologique* du docteur Sichel, p. 128, planche XIII, f. 5 et 5 a.
Nous en donnons le résumé.

Au mois de juin de l'année précédente, ce malade atteint de chancre terminé par induration, a été soumis au traitement mercuriel (proto-iodure de mercure). Le traitement n'a été suivi que pendant cinq semaines. En septembre, apparition d'une éruption cutanée contre laquelle il n'est dirigé aucune médication. En décembre, le malade est pris d'une ophthalmie légère de l'œil droit qui est combattue par une application de sangsues, un purgatif; collyre astringent. Le mal ne cédant pas, le sujet vint trouver M. Sichel le 14 janvier.

Au premier coup d'œil, on aperçoit une injection légère de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival. La pupille est tiraillée en haut et en dedans. L'iris est sain dans presque toute son étendue; son petit cercle est décoloré seulement dans sa partie interne et présente en haut et en dedans *une élévation de près de trois millimètres et demi de longueur verticale sur deux millimètres de largeur horizontale.* Cette petite tumeur est de forme ovalaire, d'une teinte jaunâtre purulente sur son bord externe, d'une couleur rouge cuivré et d'un aspect tomenteux sur sa partie interne et surtout inférieure; injection zonulée périkératique.

Un traitement antiphlogistique et antisyphilitique énergique est prescrit par M. Sichel; vingt sangsues au-devant de l'oreille droite, cinq centigrammes de calomel quatre fois par jour pendant trois jours, onctions mercurielles périorbitaires; le quatrième jour, purgatif, nouvelle application de quinze sangsues. Le cinquième jour, le malade commence l'usage des pilules de sublimé corrosif; régime sévère; repos des yeux, se tenir chaudement; éviter la lumière. Tisane de salsepareille, douce-amère et bardane.

Six jours après le commencement du traitement présent, lequel donne lieu à quelques prodromes de salivation, M. G... voit beaucoup mieux de son œil malade. L'excroissance est affaissée; elle a pris une teinte grisâtre. Une petite tâche pigmenteuse siége à la partie inférieure interne de la pupille. Le trouble de la cornée et les petits points brunâtres ont encore augmenté.

24 janvier. Le malade voit de mieux en mieux. L'excroissance est encore plus affaissée; la couleur normale de l'iris se prononce de plus en plus; la pupille est toujours un peu déformée du côté interne, mais moins qu'à la dernière visite.

31 janvier. Le malade est guéri; cependant la vue est toujours un peu trouble, la pupille encore légèrement resserrée et déformée. L'iris revient davantage à sa couleur normale. Les petits points remarqués dans la cornée persistent.

M. G... continue le traitement mercuriel et l'usage du collyre; il cesse cependant le premier un peu plus tôt que nous ne le désirons et avant d'avoir ressenti aucun prodrome de ptyalisme. Aussi éprouve-t-il, au bout d'un mois, une rechute d'iritis syphilitique du même œil, moins fortement prononcée, qui guérit par l'emploi des mêmes moyens continués pendant douze jours et poussés cette fois jusqu'aux signes précurseurs manifestes de la salivation. La cure est terminée par l'usage interne de l'iodure de potassium.

Observation VII.

Nous avons vu en parlant des caractères spécifiques de l'iritis syphilitique qu'ils n'apparaissent pas tou-

jours avec le même degré de développement. Ils peuvent se dissimuler dans l'épaisseur du parenchyme iridien jusqu'à ce que l'exagération de leurs éléments les révèle à la surface de l'iris.

En effet lorsque l'iritis est à sa première période, elle ne se trahit quelquefois par d'autres phénomènes que les symptômes réactionnels déterminés par le développement dans un ou plusieurs points du parenchyme iridien, des éléments histologiques de la diathèse. L'iris se déforme, son bord libre plus épais semble renversé en dedans; il n'y a que peu ou point de douleurs. Bientôt les modifications de texture de l'iris, provoquent une réaction locale plus ou moins vive et parfois générale. Les vaisseaux périkératidiens s'injectent; la circulation veineuse est ralentie; de là congestion, surtout dans les vaisseaux veineux. Le liquide de la chambre antérieure se trouble; la vision est moins nette. Le malade ressent une céphalalgie périorbitaire plus ou moins intense, subissant quelquefois des exacerbations le soir et la nuit.

Or, le mal peut se borner à ces phénomènes; c'est ce qui arrive lorsqu'on dirige un traitement énergique contre la syphilis dès son début; ces manifestations peuvent être enrayées dans l'iris pendant qu'elles sont combattues dans toute la constitution. Mais si la médication est insuffisante, mal observée par le malade, ou bien enfin s'il n'y en a point, la syphilis poursuit ses ravages dans toute l'économie et ses manifestations apparaissent alors dans l'iris, avec les caractères que nous avons spécifiés.

Il résulte de ces considérations que pour diagnostiquer une iritis syphilitique, il ne faut pas toujours invoquer la présence du syphilioma sous forme de tumeur;

il suffit que son existence se révèle par des troubles qui attestent son influence irritative, l'efficacité du traitement spécifique ne tardera pas d'ailleurs à confirmer la diagnostic.

A l'appui de ces considérations nous rapporterons l'observation suivante :

Le nommé V....., André, âgé de 40 ans, tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez robuste, entre à l'hôpital St-Pierre le 1er mars 1871.

Ce sujet est atteint de syphilis constitutionnelle; il présente dans la rainure glando-préputiale l'induration vérolique initiale dure, volumineuse, parfaitement caractérisée. La peau (notamment celle du front) est recouverte de petites élevures dures et solides, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, d'un rouge sombre, constituées par le fibro-plasme spécifique. Elles représentent cette manifestation cutanée de la syphilis qui est désignée sous le nom de *Lichen syphilitique.* — Développement des ganglions inguinaux et cervicaux.

Le malade fut immédiatement soumis au traitement antisyphilitique; on lui prescrivit matin et soir une cuillerée à bouche de la liqueur de Van Swieten (chaque cuillerée représente environ 15 milligrammes de sublimé corrosif).

Vers la fin du mois de mars, une certaine amélioration s'était déclarée chez ce sujet; les manifestations syphilitiques commençaient à s'affaisser; l'état général devenait meilleur, lorsque le malade se plaignit un matin d'un sentiment de gêne dans l'œil droit; la lumière lui faisait mal. Bref, il ne tarda pas à présenter tous les symptômes d'une iritis. Quelques jours après, l'œil gauche s'entreprenait à son tour, et le 9 avril, jour où je dus à l'obligeance de M. Thiry de pouvoir

examiner ce malade, je constatai les symptômes suivants :

1o *État général.*

Les syphilides papuleuses ont disparu en partie de la surface du corps, laissant à leur place des maculatures brunâtres; elles existent encore au front, mais sont affaissées; leur couleur d'un rouge sombre persiste. L'induration a diminué de volume, mais est toujours parfaitement appréciable; elle a le volume d'une petite noisette; les ganglions inguinaux et cervicaux sont encore durs et assez développés.

2o *État des organes de la vision.*

A. — *Œil droit;* c'est celui qui a été primitivement atteint.

Symptômes subjectifs. — Céphalalgie sus-orbitaire intense, s'irradiant sur le trajet des nerfs frontaux et sus-orbitaires; la pression sur le nerf sus-orbitaire est particulièrement douloureuse; les douleurs se font sentir d'ailleurs dans toute la partie de la face correspondante, jusques dans les gencives.

Ces symptômes s'exagèrent le soir et la nuit et privent le malade de sommeil. Le soir il est pris de frissons qui sont suivis de sueurs assez abondantes; vers le matin, le calme revient en grande partie.

Sentiment de chaleur, de pesanteur dans l'œil; la photophobie et le larmoiement sont intenses; la vision est considérablement diminuée.

Symptômes objectifs. — La conjonctive est injectée;

elle présente une coloration d'un rouge violacé; elle est légèrement boursoufflée.

L'injection scléroticale est prononcée; l'anneau périkératidien très-bien marqué, présente les deux plans de vaisseaux que nous avons signalés.

L'iris est terne; sa coloration est altérée surtout vers le bord interne; le petit cercle présente une teinte rouillée fort bien marquée et due à de nombreux vaisseaux très-apparents. La surface de l'iris est lisse; elle présente seulement par-ci par-là quelques petites tâches jaunâtres.

Le parenchyme iridien, pénétré des éléments histologiques provenant de l'induration, est augmenté en épaisseur. L'iris a perdu en grande partie sa mobilité; la pupille considérablement déformée, est fortement contractée, à peine sensible à l'action de la lumière et de l'atropine.

La petite circonférence est plus épaisse; elle semble renversée en dedans.

La face postérieure de la cornée a perdu de sa transparence; l'humeur aqueuse est légèrement trouble; le champ pupillaire est nuageux.

B. — *Œil gauche.* L'iritis s'est déclarée depuis cinq jours, huit jours après l'œil droit.

1° *Les symptômes subjectifs* sont moins intenses qu'à droite; il n'y a presque point de douleurs; le larmoiement, la photophobie sont beaucoup moindres; la vision est en revanche fort diminuée.

2° *Symptômes objectifs*. L'iris présente à peu près les mêmes caractères qu'à droite. La pupille est plus déformée par suite des dépôts plastiques qui se sont formés dans le parenchyme iridien et au rebord pupillaire; ce rebord est épaissi, surtout au côté externe où cet épais-

sissement est bien visible sous forme d'un petit point faisant saillie.

Comme à droite l'humeur aqueuse est légèrement trouble; le champ pupillaire un peu nuageux.

Ces phénomènes oculaires sont accompagnés d'une réaction générale que nous avons signalée; le malade est pris le soir de frissons qui sont suivis de sueurs abondantes et d'exacerbation dans les symptômes douloureux; le sommeil est presque nul; embarras des voies digestives.

Les fonctions visuelles sont considérablement affaiblies, au point que le malade se plaint d'y voir à peine pour se conduire.

Se basant sur les considérations que nous avons énoncées en tête de cette observation, M. Thiry avait diagnostiqué une iritis syphilitique ayant successivement envahi les deux yeux. Le traitement antisyphilitique, quoique institué près d'un mois avant l'époque de l'apparition de l'iritis, n'avait pas empêché celle-ci d'éclater, mais à la date où le malade nous était présenté, c'est-à-dire douze jours environ après le début de la maladie, la médication n'avait pas encore permis aux éléments histologiques provenant de l'induration, d'apparaître dans l'iris avec leur aspect caractéristique.

D'un autre côté, il n'était pas impossible qu'une cause secondaire fût ici intervenue, ce qui n'est pas rare ainsi que nous l'avons signalé dans l'étiologie de l'iritis syphilitique. Or, la température froide et humide que nous subissions dans ce moment et à laquelle le malade s'était très-probablement exposé dans les corridors ou les cours de l'hôpital, pouvait fort bien avoir été l'origine du mal dont la syphilis s'était immédiatement emparée, mais

dont les manifestations se trouvaient enrayées par le traitement institué depuis près d'un mois. Ce qui rendait cette hypothèse fort probable, c'était l'intensité des symptômes phlegmasiques qui avait même du retentissement sur l'économie.

Quoiqu'il en fût, dès l'apparition de la phlegmasie oculaire le traitement antisyphilitique avait été augmenté en énergie. Outre l'administration de la liqueur de Van Swieten, des frictions mercurielles sont pratiquées à la partie interne des membres et alternent avec les bains; des onctions mercurio-belladonées périorbitaires sont faites matin et soir; quatre fois par jour on instille du collyre au sulfate neutre d'atropine. Point d'évacuations sanguines, point de révulsifs ni de dérivatifs.

A la date du 19 *avril*, voici l'état dans lequel je trouvais le malade (10 jours après le 1er examen).

Amélioration considérable des symptômes objectifs et subjectifs des deux yeux; cette amélioration coïncide avec celle des manifestations cutanées de la syphilis qui ont encore notablement diminué et qui à la face, où elles persistaient en dernier lieu, ne se trahissent plus que par quelques tâches d'un rouge sombre. Les douleurs ont complètement disparu; le malade a récupéré le sommeil et l'appétit.

Il n'y a plus de photophobie ni d'épiphora. L'injection conjonctivale n'existe presque plus; l'anneau périkératique est beaucoup moins apparent. L'iris droit a repris quelque peu son aspect luisant; son petit cercle présente encore mais à un degré moindre, la coloration rouillée que nous avons signalée; les vaisseaux qui le parcourent sont maintenant bien distincts; autour du

petit cercle, on aperçoit même des points rougeâtres formés par du sang épanché.

La pupille est toujours fortement contractée; elle est déformée et présente une forme ovalaire. Le champ pupillaire est plus net; la vision meilleure.

L'œil gauche qui s'est entrepris le dernier, présente une injection conjonctivale et scléroticale plus prononcée qu'à droite. Du reste, mêmes symptômes objectifs que de ce côté; pupille ovalaire, contractée.

21 *Avril.* — *Œil droit :* l'anneau péricornéen est très-peu apparent; plus d'injection conjonctivale. La coloration rouillée du petit cercle iridien a pâli, elle est d'un jaune-orange. La pupille encore légèrement déformée, est plus mobile.

Œil gauche : L'injection conjonctivale et scléroticale est un peu plus prononcée; même décoloration du petit cercle et même déformation pupillaire.

La vision est encore trouble, mais s'est encore améliorée depuis la date du 19.

Plus de traces de photophobie; la santé du malade est excellente

1er *Mai.* — Les symptômes réactionnels ont disparu des deux côtés.

L'œil gauche a repris en apparence son aspect normal; l'iris a récupéré presque toute sa mobilité; la pupille est de forme circulaire.

La vision est bonne.

A droite, l'iris est mobile aussi, mais présente encore une légère déformation. Chose remarquable, on aperçoit manifestement et émergeant du bord pupillaire, à sa partie externe, trois petites élévations de forme triangulaire, à sommet dirigé vers le centre pupillaire,

et dont la coloration brunâtre, sombre, ressort dans le champ noir de la pupille.

La vision est moins bonne de ce côté.

L'état général du malade se maintient dans des conditions favorables.

8 *Juin.* — L'iris a repris son aspect et sa coloration normale des deux côtés. Les pupilles sont encore légèrement déformées; elles sont dilatées par l'atropine. Le champ pupillaire apparaît sous son aspect d'un noir velouté; seulement il reste encore quelques traces des prolongements brunâtres que nous avons observés à droite le 1er Mai. Plus de symptômes réactionnels.

La vision est excellente, au dire du malade.

Il accuse un peu de larmoiement par l'action brusque d'une lumière très-vive.

Les syphilides cutanées ont disparu; l'induration seule persiste dans la rainure glando-préputiale, mais a considérablement diminué de volume.

L'état général est bon.

Le sujet continue le traitement.

Observation VIII.

Nous avons vu que les différentes parties de l'iris peuvent devenir le siége du développement du syphilioma; nous avons cité en premier lieu les couches superficielles de la membrane iridienne, et nous avons dit qu'il s'y manifestait sous l'aspect de tâches d'une coloration qui varie du gris au jaune (1). Nous rapportons comme exemple de cette localisation particulière de l'élément

(1) La figure 3, planche II, montre un exemple de cette forme de la manifestation syphilitique; elle est extraite de l'ouvrage de Wharton Jones,

histologique de la syphilis, l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Thiry.

Le nommé X...., âgé de 32 ans, d'une constitution robuste a été infecté, il y a cinq mois de chancre uréthral siégeant au méat urinaire; ce chancre s'est terminé par induration.

Après avoir suivi différents traitements, irrégulièrement observés, qui n'eurent guère d'influence sur les accidents syphilitiques qui se manifestèrent dans ce laps de temps, le malade fut atteint d'une affection oculaire pour laquelle il recourut le 3 mai aux soins d'un médecin. Or, celui-ci méconnut la syphilis; aucun traitement général ne fut institué, quelques moyens thérapeutiques furent seuls dirigés contre l'affection oculaire. Voici d'ailleurs l'état dans lequel se trouvait le malade le 15 mai, jour où il vint me voir pour la première fois.

Au méat urinaire je constatai l'induration par laquelle le chancre s'était terminé; syphilides papuleuses disséminées sur la surface du corps; développement manifeste des ganglions inguinaux et cervicaux.

Iritis syphilitique bien caractérisé de l'œil gauche, et dont voici les symptômes.

Les symptômes subjectifs sont peu marqués, peu de douleur et d'épiphora; légère photophobie.

Les symptômes objectifs, outre l'injection conjonctivale et le cercle vasculaire périkératique bien dessiné, étaient surtout remarquables par l'existence à la surface de l'iris *d'exsudats formant des tâches d'une coloration jaunâtre* de la largeur d'un grain de millet, parfaitement apparentes, occupant la partie inférieure de l'iris et provenant du dépôt en ces points des éléments histologiques de la syphilis. La pupille était dé-

formée, dilatée par l'usage de l'atropine. Le liquide de la chambre antérieure, avait perdu de sa limpidité, et par suite le champ pupillaire apparaissait sous un aspect trouble, sale. Les fonctions visuelles étaient altérées du côté malade.

Le doute n'était pas possible sur la nature de l'affection. Le malade atteint de syphilis, présentait dans l'iris la manifestation parfaitement caractéristique de la diathèse.

J'avertissai immédiatement le malade des dangers sérieux que courait l'organe visuel s'il persistait dans sa négligence à se traiter et outre la médication spécifique consistant dans les pilules de sublimé opiacées, les frictions mercurielles à la partie interne des membres alternant avec les bains, je prescrivis la continuation du collyre au sulfate neutre d'atropine et les frictions périorbitaires mercurio-belladonées, en recommandant le repos complet de l'œil affecté.

Le malade vint me revoir le 26 mai, et je constatai une amélioration considérable non-seulement dans les manifestations constitutionnelles, mais aussi dans les symptômes oculaires.

Les accidents syphilitiques cutanés avaient notablement diminué.

Les manifestations syphilitiques iridiennes caractérisées par les tâches jaunâtres si apparentes dix jours auparavant, sont en voie de résolution.

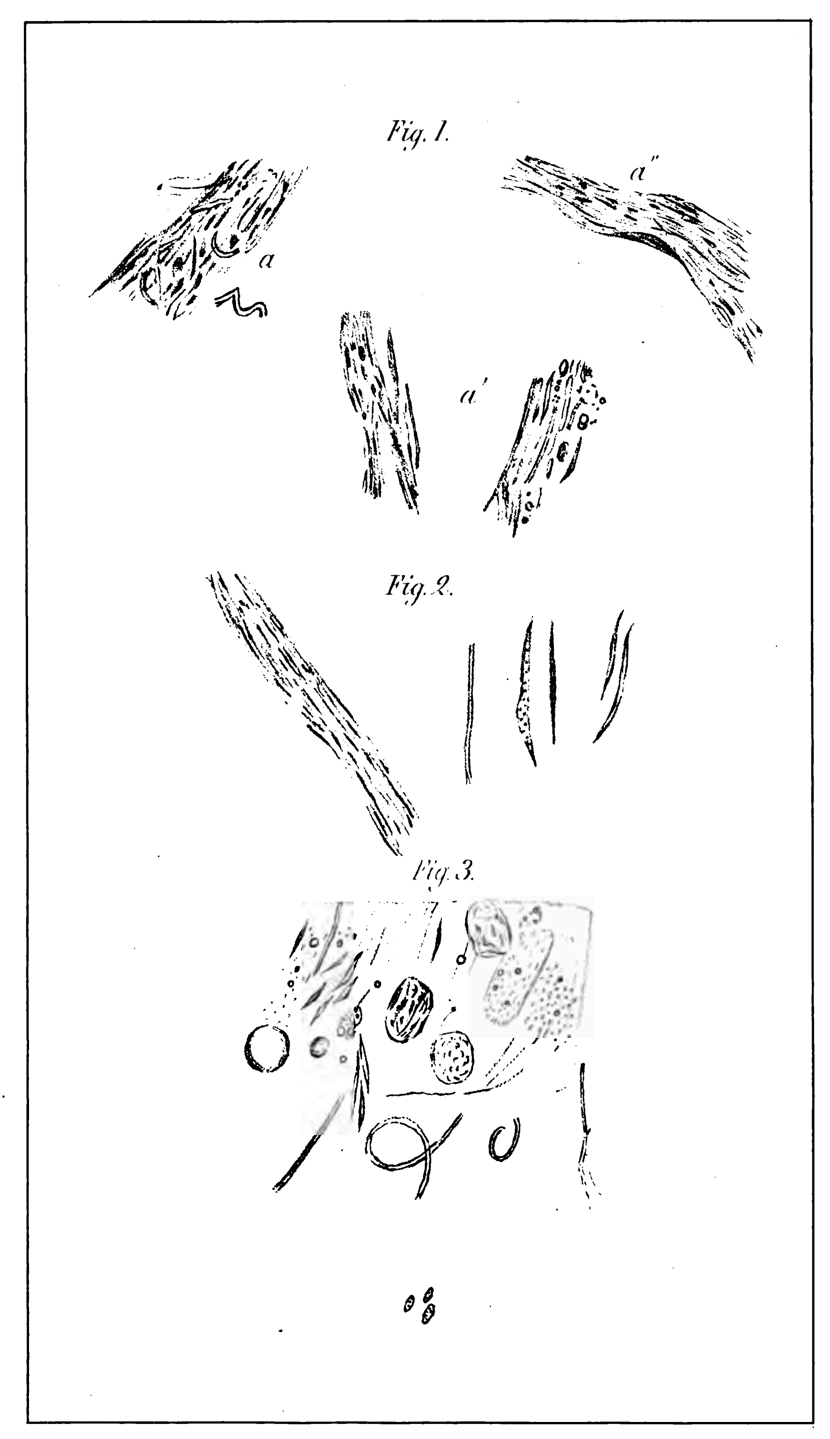
La petite circonférence de l'iris est presque régulière. La pupille est très dilatée par l'action de la belladone; l'humeur aqueuse a repris de sa limpidité et par suite la cornée est plus transparente, et le champ pupillaire tout-à-fait libre, reparaît en partie sous son aspect d'un noir velouté.

Les fonctions visuelles sont également améliorées. En somme, l'affection oculaire a éprouvé une amélioration qui est en rapport avec celle de l'état général. Le malade nous affirme avoir suivi rigoureusement le traitement.

Vu le succès obtenu, je persiste dans les mêmes moyens thérapeutiques qui, tout le fait augurer, doivent conduire à la guérison.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.



Imp. [illegible]

Fig. 1.

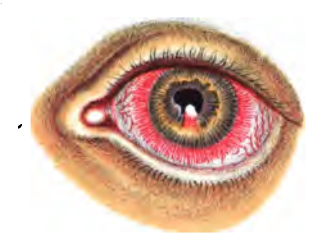


Fig. 2.



Fig. 3.



[illegible]

NAME	DATE DUE

